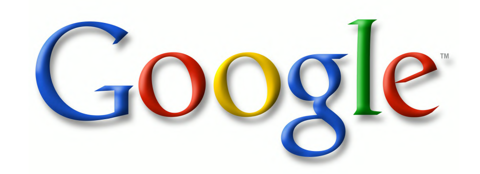



BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO

LYON MÉDICAL

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. J. Audry, président.

J. Icard, gérant.

P. Aubert.	L. Bouveret.
E. Briau.	P. Colrat.
H. Debauge.	A. Doyon.
M. Doyon.	L. Hugounenq.
M. Jaboulay.	M. Lannois.
R. Lépine.	B. Lyonnet.
P. Marduel.	A. Poncet.
F. Rebatel.	Et. Rollet.
H. Soulier.	C. Vinay.

LYON MÉDICAL

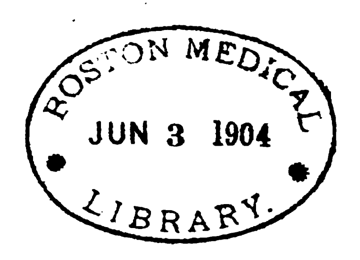
GAZETTE MÉDICALE
ET JOURNAL DE MÉDECINE RÉUNIS

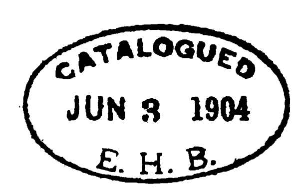
Le **Lyon Médical**, organe officiel de la *Société de Médecine*
et de la *Société des Sciences médicales*,
Paraît tous les dimanches.

TRENTE-DEUXIÈME ANNÉE. — TOME XCIV

LYON
LIBRAIRIE MÉDICALE DE LOUIS SAVY
5, RUE DU PLAT.

1900





ACTINOMYCOSE MAMMAIRE GAUCHE SURVENUE DANS LE COURS D'UN PHLEGMON ACTINOMYCOSIQUE PLEURO-LOMBAIRE DU MÊME CÔTÉ.

Par M. Charles Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (1).

La nommée X..., âgée de 42 ans, est une fermière habitant un hameau (Les Phlipeaux) de la commune de Courtenay (Loiret). Un jour du mois de septembre 1895, vers le 20, cette femme vint à moi à travers champs, et me demanda ce qu'il fallait faire pour un point de côté persistant. J'entrai dans sa maison, l'examinai, et à mon grand étonnement je trouvai chez cette femme, qui avait l'aspect de la santé et qui n'offrait aucun phénomène fébrile, une zone de matité pleurale gauche absolue remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. A l'auscultation on n'entendait point la respiration, mais on ne constatait aucun souffle. Je ne trouvai rien du côté des sommets.

Je donnai le conseil à cette femme de faire venir le médecin de Courtenay, le docteur Charmoy, et je lui déclarai qu'elle avait un épanchement pleurétique qu'il ne fallait pas négliger.

Je quittai la campagne le 1er octobre et je n'entendis plus parler de cette malade jusqu'au 23 décembre de la même année. A cette époque le Dr Charmoy m'écrivait qu'une complication était survenue.

Voici ce qui s'était passé : suivant mon conseil la malade avait été trouver le Dr Charmoy au mois de septembre ; celui-ci avait appliqué un traitement en vue de combattre l'épanchement pleurétique. Ce traitement n'avait guère modifié la matité de la base du thorax. Néanmoins après avoir gardé la chambre pendant quelques jours la femme avait

(1) Je dois à l'obligeance de mon ami Nélaton, cette très instructive observation, complétée par le docteur Charmoy. Nous lui avions déjà fait les emprunts dans notre récente communication à l'Académie de médecine : *De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années 1898-1899.* (A. Poncet et L. Bérard, *Lyon Médical*, 1er avril 1900.)
A. P.

repris son travail. Elle allait, venait à travers champs, et vaquait à toutes ses occupations.

Octobre et novembre s'écoulèrent ainsi; mais au commencement de décembre la malade fut prise de douleurs vives dans la région lombaire, puis les signes d'un véritable phlegmon lombaire périnéphrétique se développèrent, et c'est pour me demander de venir l'ouvrir que le Dr Charmoy m'écrivit le 23 décembre.

J'allai là-bas, et le 25, jour de Noël, j'examinai la malade avec les Drs Charmoy et Lambry. A tous trois il nous parut évident qu'il y avait une grosse collection périnéphrétique, et que le début de cette collection remontait vraisemblablement au mois de septembre et avait été la cause de l'épanchement constaté alors et persistant encore.

En conséquence, la malade étant anesthésiée et tout étant disposé aussi proprement que possible dans la chambre de ferme où nous étions, je fis une incision sur la tuméfaction lombaire chaude, rouge et fluctuante que j'avais sous les yeux. Je ne rencontrai pas un grand foyer purulent, mais je trouvai plusieurs foyers, quatre, contenant la valeur d'une demi-cuillerée à bouche d'un pus crêmeux mêlé à des fausses membranes. Il n'y avait pas de foyer nettement limité et le pus s'étendait dans les interstices musculaires.

Ces foyers étaient relativement superficiels dans la couche musculaire de la région lombaire. Je les vidai, les curettai et l'incision fut bourrée de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent simples et la malade cicatrisa assez rapidement la plus grande étendue de sa plaie. Mais il resta deux grands trajets fistuleux livrant continuellement passage à du pus.

Au mois de janvier 1896, la malade recommença à souffrir, les trajets fistuleux donnaient toujours du pus, les forces diminuaient.

Il fut décidé que la malade viendrait à Saint-Louis, et que je ferais le nécessaire.

Dans mon esprit, je n'avais pas vidé le foyer principal, je pensais qu'il existait une collection périnéphrétique que je n'avais pas atteinte et que c'étaient des diverticules seuls que j'avais ouverts.

La malade entra donc dans mon service, pavillon Jamain,

lit n° 6, le 26 janvier 1896. A ce moment, voici quel était son état :

L'aspect général est celui d'une femme malade depuis longtemps. Elle est amaigrie. Son teint est jaune, sa démarche pénible.

Elle se plaint de douleurs constantes dans le flanc gauche empêchant la marche, les mouvements. Depuis l'incision, la température oscille entre 37° et 38°,8. De temps à autre la malade tousse. L'appétit est diminué.

A l'inspection, on trouve dans la région lombaire la cicatrice de la plaie que je lui ai faite au mois de décembre avec deux trajets fistuleux qui livrent passage à du pus. Le trajet supérieur permet l'introduction du stylet dans presque toute sa longueur, il s'engage sous les fausses côtes et remonte vers la région thoracique. Nulle part on ne sent le contact avec un os dénudé.

Du côté de la plèvre, submatité dans le tiers inférieur du thorax, mais il n'y a pas de souffle, pas d'égophonie, et on entend partout la respiration affaiblie. Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

La région lombaire, sur laquelle reposent la cicatrice et les trajets fistuleux, est indurée, ligneuse, mais nulle part on n'y trouve de fluctuation. L'examen des urines n'y révèle rien d'anormal.

Pensant qu'il existait profondément dans la région rénale un foyer que je n'avais pas atteint lors de ma première incision, je réopérai cette femme le 4 février 1896. Par une large incision, je débridai les trajets fituleux, je les suivis jusqu'à leur terminaison et réséquai ainsi les deux dernières côtes dans une étendue de 4 centimètres environ, profondément, je m'avançai dans les couches musculaires de la région lombaire jusqu'au péritoine que j'ouvris et je constatai qu'il était sain, il fut aussitôt fermé par une suture en bourse au catgut.

Cette large incision me permit de découvrir, outre les trajets fistuleux revêtus d'une couche fongueuse, une série de 8 ou 10 petits foyers purulents, fongueux, de la grosseur de noyaux de cerises ou de prune, disséminés dans les masses musculaires.

Tous furent soigneusement vidés, curettés et la plaie laissée

béante fut bourrée de gaze imbibée de naphtol camphré.

Les suites immédiates furent très simples. Pendant les huit premiers jours la malade ne présenta aucune élévation de température et se sentit soulagée.

Mais le 12e jour, la température monta à 39°,2, et les jours suivants pendant trois semaines elle oscilla entre 38° et 39°,5. En même temps la plaie se recouvrit, surtout dans sa moitié inférieure, d'un exsudat d'aspect diphtéroïde.

Le pus sécrété était peu abondant, l'aspect de la plaie était mauvais. Cette fausse membrane lui donnait une coloration gris sale. A trois reprises différentes, en un mois, je curettai ces fausses membranes pour badigeonner la plaie ensuite avec la teinture d'iode pure. Toutes les fois j'obtenais une diminution de quelques dixièmes de la température, mais au bout de six à sept jours les fausses membranes se reproduisaient. En même temps, je crus me trouver bien de l'administration de 75 centigrammes de sulfate de quinine pendant sept jours. Au bout de ce temps j'interrompais le sulfate de quinine pour le reprendre.

Jamais l'ingestion d'un gramme d'iodure de potassium ne me donna aucun résultat.

Au bout de six semaines de ce traitement la plaie fut sensiblement améliorée, elle commença à se cicatriser, mais lentement et en conservant toujours à sa partie inférieure un point diphtéroïde. Ce point touché tous les deux jours à la teinture d'iode diminua progressivement, et au bout de trois mois était réduit à un orifice fistuleux insignifiant. Par cet orifice on pénétrait à une profondeur de 3 centimètres.

Pendant ce temps l'état général de la malade était devenu excellent; elle avait notablement engraissé. Son aspect était parfait, elle se levait, marchait, et serait considérée comme guérie définitivement si le trajet fistuleux n'avait point persisté.

Je la renvoyai chez elle en bon état le 24 mai 1896, lui conseillant de continuer chaque semaine des injections de teinture d'iode dans le trajet fistuleux, et de prendre de temps en temps de l'iodure de potassium. C'est qu'en effet, dès ma deuxième intervention, lorsque je n'avais point trouvé de foyer profond périrénal, j'avais été frappé de l'aspect de ces petites géodes fongueuses, disséminées dans les masses

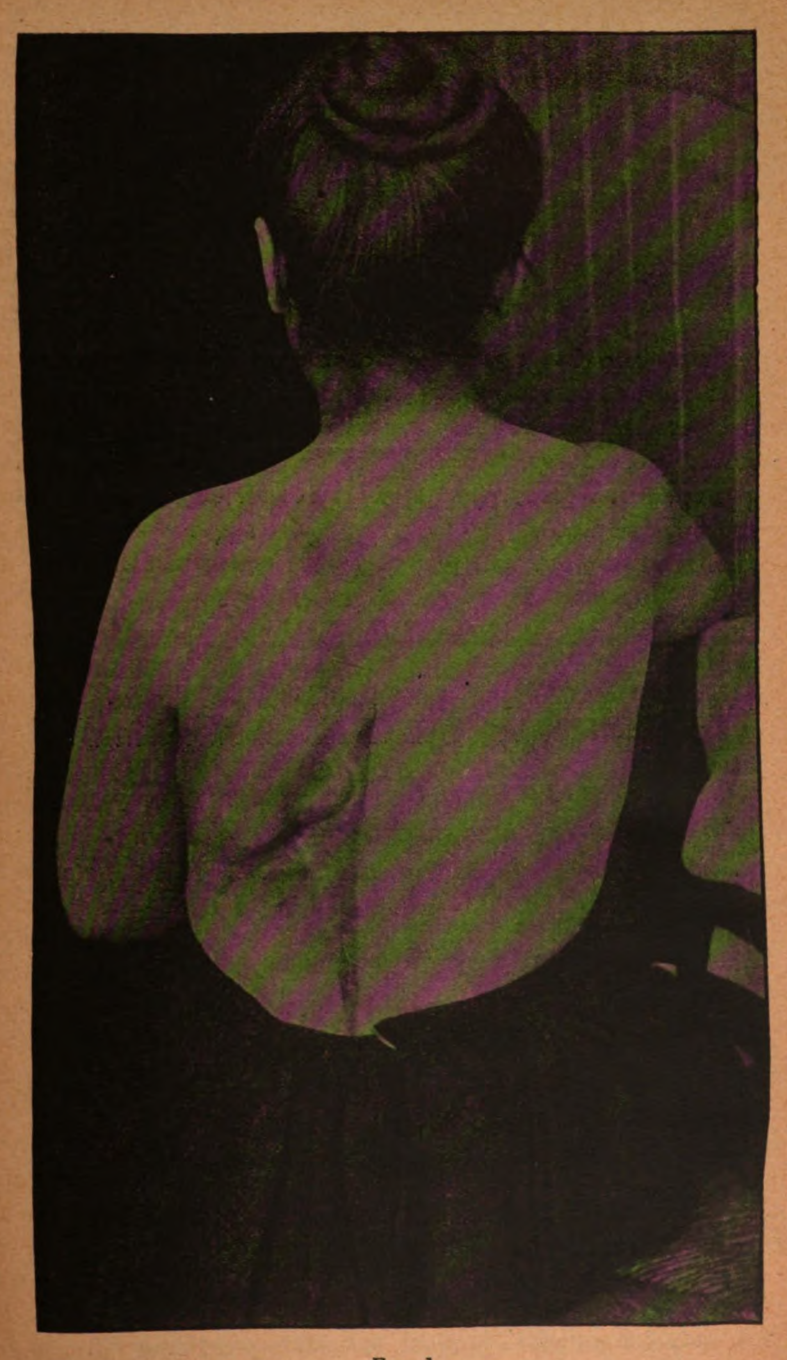


Fig. 1.
Ancien phlegmon pleuro-lombaire suppuré, de nature actinomycosique.
Fistule persistante. Malade des D[rs] Nélaton et Charmoy.

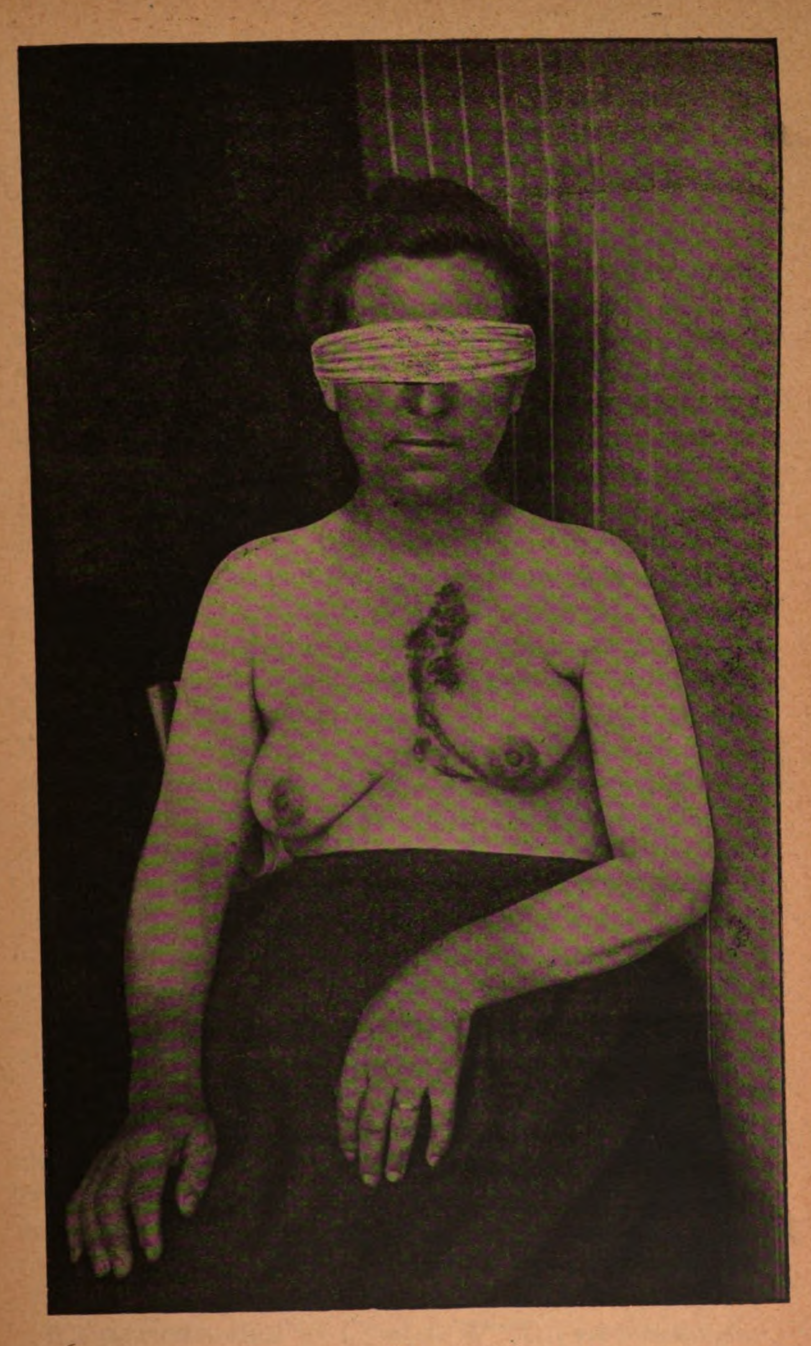


Fig. 2.
Actinomycose mammaire suppurée. Fistules multiples.
Malade des Drs Nélaton et Charmoy.

musculaires de la région lombaire. J'avais recueilli le pus, les parois mêmes des foyers et je les avais confiés à M. Gastou pour en faire l'examen bactériologique, me demandant *s'il ne s'agissait pas là d'actinomycose*. De même, lorsque la plaie prit cet aspect diphtéroïde, je fis des raclages, et toutes les fois je demandai à M. Gastou de faire des examens très soignés. Il le fit toutes les fois et me déclara que rien ne l'autorisait à porter le diagnostic d'actinomycose, qu'il ne trouvait dans ce pus que des grégarines.

Cependant notre femme étant rentrée dans sa ferme y reprit son existence active. (*Fig*. 1.)

Tout en conservant son trajet fistuleux elle n'était pas arrêtée, et depuis juillet 1896, jusqu'au mois de novembre 1899 elle n'eut en somme aucun accident sérieux.

Au mois de novembre dernier le docteur Charmoy m'écrivit que des phénomènes nouveaux venaient de se montrer.

Depuis six mois, me disait ce médecin, la malade est atteinte d'une tumeur du sein gauche qui envahit non seulement le sein, mais la région mammaire ; elle est dure, ligneuse et offre tous les caractères d'un squirrhe. La malade se refusant à venir à Paris, il me disait ne pas devoir insister parce que, disait-il, le succès de l'intervention lui paraissait trop précaire.

Un mois plus tard, nouvelle lettre du D[r] Charmoy, la tumeur s'était ramollie, était devenue fluctuante ; il l'avait vidée, et *le pus qui s'était écoulé contenait de nombreux actinomyces*, vus et examinés par M. Lucet ; le D[r] Charmoy lui expédia plusieurs lames entre lesquelles les grains d'actinomycose étaient faciles à voir et à constater.

Le D[r] Charmoy a bien voulu me confirmer, par lettre du 3 *avril dernier, ces renseignements intéressants. Il m'envoyait, en même temps que des détails complémentaires, les deux photographies ci-jointes que nous sommes très heureux de reproduire.* (A. Poncet.)

Il s'exprimait ainsi : « L'état de M[me] X... est très satisfaisant jusqu'au mois de mars 1899. A cette époque, perte de l'appétit et des forces, douleurs sourdes dans la poitrine en haut sous la clavicule. Tuméfaction diffuse.

Mai 1899. Cette tuméfaction n'est pas toujours limitée; ses contours se confondent avec les reliefs voisins ; d'ailleurs elle est mobile et descend vers le sein. Celui-ci devient dur à son tour, il est soulevé en masse, tendu, douloureux. Son volume a notablement augmenté.

Peu à peu, on ne peut lui imprimer aucun mouvement. Il est appliqué sur la paroi costale, on dirait du squirrhe en cuirasse. La peau à son niveau prend l'aspect de la peau d'orange. L'induration ligneuse gagne le creux axillaire où le gonflement mammaire se termine sous forme d'un bourrelet rigide. Bras collé au tronc, mouvements d'abduction limités.

Douleurs violentes, pas de fièvre ; pas de ganglions axillaires qui ont, du reste, toujours fait défaut.

Au mois de juin, on ne trouve pas de fluctuations ; néanmoins la partie inférieure du sein devient violacée et une énorme collection s'ouvre dans le pli sous-mammaire, près de l'aisselle, par sept ou huit petits trous.

Ce n'est qu'après que sont survenues les ulcérations sous-mammaires, de haut en bas ; la dernière siège au bas du sein et au dedans. (*Fig.* 2.)

A ce moment, et jusqu'en novembre 1899, l'état général de la malade laisse beaucoup à désirer, les traits sont tirés, elle est pâle, amaigrie. Elle eut, pendant quelques mois, des périodes d'aggravation et d'amélioration qui s'expliquaient par la rétention des produits inflammatoires et par leur libre écoulement par les diverses fistules.

L'examen du pus, pratiqué par MM. Charmoy et Lucet, avait, à maintes reprises, démontré la nature actinomycosique des lésions, qui ne parurent pas être influencées par les divers traitements employés, y compris l'iodure à haute dose, *et la levûre de bière essayée inutilement pendant deux mois.*

Aujourd'hui 3 avril, Mme X..., que je n'avais pas revue depuis deux mois au moins, se présente à mon examen. Elle est dans un état de santé que je qualifierai presque de florissant ; elle a pris de l'embonpoint, elle pèse 67 kilog. Son appétit est excellent et toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent avec régularité. Elle ne souffre pas et détache aisément le bras du tronc, le long duquel il a été si long-

temps soudé ; d'ailleurs plus de la moitié des ulcérations sont cicatrisées, ou du moins le paraissent, et il n'y a guère que les plaies sous-mammaires qui donnent du pus. Mais c'est là une apparence trompeuse, et la malade le sait. Tous les 15 à 20 jours survient une nouvelle poussée inflammatoire avec suppuration abondante et décharge par tous les orifices cutanés, puis succède une accalmie.

Mme X... vaque aux occupations du ménage, soigne les bestiaux, va au marché, etc. ; elle a repris, en un mot, sa vie d'autrefois.

La fistule dorsale est presque tarie, mais elle a aussi des réveils étonnants. On trouve alors une à deux cuillerées à bouche de pus dans les pansements.

Quant aux grains jaunes dont la nature avait été soupçonnée, ils ont été, à maintes reprises, reconnus comme étant actinomycosiques par M. Lucet (1), dont la compétence est bien connue.

On les retrouve encore actuellement, mais en moins grand nombre, et seulement lorsque l'écoulement par les fistules est un peu abondant. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 23 avril 1900 — Présidence de M. Horand.

M. le Secrétaire général communique une lettre de M. Gerest demandant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant. Il est fait droit à cette demande.

M. Garel adresse un mémoire sur le chancre syphilitique des fosses nasales, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. (Renvoyé à une Commission.

TUMEUR CÉRÉBRALE ET DIABÈTE.

M. Lépine présente le cerveau de la malade qui a fait l'objet de la discussion relatée au procès-verbal de la séance du 9 avril. On y voit une tumeur de l'hémisphère droit siégeant au niveau de la tête du noyau coudé.

(1) On lui doit, en effet, en collaboration avec M. Nocard, le premier cas d'actinomycose humaine recueilli en France avec contrôle histologique. (Académie de médecine, 1888.)

M. Dor présente les rétines de la même malade.

Elles montrent de petites hémorragies punctiformes à la périphérie de la rétine. Dans les stases papillaires, ces hémorragies ne siègent jamais à la périphérie. Une seule observation analogue a été publiée par M. Bouveret, mais le malade était glycosurique. (*Rev. de méd.*, 1895.)

La conclusion à tirer, c'est qu'il aurait fallu dans ce cas songer à la coïncidence de glycosurie et d'une tumeur cérébrale ; mais M. Dor persiste à dire que le diabète aurait pu à lui seul expliquer toutes les lésions rétiniennes, tandis que la tumeur cérébrale seule ne pouvait pas expliquer toutes les lésions.

ALCOOLISATION EXPÉRIMENTALE.

M. Dufourt expose le résultat de ses recherches sur l'alcoolisation expérimentale, faites en collaboration avec M. Doyon.

L'augmentation progressive des ravages qu'exerce l'alcool dans toutes les classes de la société attire l'intérêt sur les divers problèmes qui se rattachent à ce produit. Si le terrain clinique est abondant en documents, le terrain expérimental l'est moins. C'est ce qui nous a engagé, M. Doyon et moi, à entreprendre les recherches dont je désire vous entretenir. Nous avons procédé systématiquement à l'alcoolisation de deux chiens à dose rapidement progressive et toxique. Chez ces animaux nous avons étudié les modifications de la nutrition au double point de vue des albuminoïdes et des hydrates de carbone. En premier lieu, nous avons cherché ce que devenait le rapport de l'urée à l'azote total, rapport que l'on peut désigner brièvement sous le nom de coefficient azoturique, mais auquel il faut refuser résolument celui de coefficient d'oxydation pour des raisons multiples bien établies actuellement. En second lieu, nous avons étudié la consommation du sucre par les tissus au moyen des injections intraveineuses de glycose.

Les conditions expérimentales étaient les suivantes : alimentation composée de 100 gr. de pain, 200 gr. de viande, eau à discrétion ; urines recueillies par périodes de 24 heures ; absorption quotidienne d'une certaine quantité d'alcool dissoute dans 250 gr. d'eau au moyen de la sonde gastrique.

Cette quantité de 10 cc. les trois premiers jours a été portée à 20 cc., puis à 40 cc. au bout de quinze jours et à 60 cc. au bout de trois semaines. L'alcoolisation a été poursuivie ainsi pendant deux mois et demi. L'ingestion de l'alcool était suivie d'ivresse gaie avec excitation pendant une demi-heure environ, puis survenait une période de dépression qui durait deux ou trois heures; l'animal redevenait alors vif et joyeux. Pour le premier chien, l'appétit n'a jamais été troublé et la ration a toujours été absorbée intégralement; le poids a passé de 16 kil. à 17 kil. 300. Le second s'est parfaitement porté pendant deux mois et son poids, de 12 kil., est arrivé à 13 kil. 250.

Dans de telles conditions, nous avons observé une baisse légère du coefficient azoturique, mais il n'est jamais tombé au-dessous de 79, le chiffre normal étant pour nos animaux de 85,94 et de 85,65. Cette diminution se produit dans les premières périodes, puis le taux tend à remonter à la normale. L'alcoolisation à dose toxique n'a donc que peu d'influence sur la valeur du rapport de l'azote de l'urée à l'azote total. Ce résultat n'est point fait pour surprendre, si l'on songe à la fixité relative de ce rapport. Je rappellerai brièvement que nous avons établi, il y a deux ans, M. Doyon et moi, qu'un traumatisme aussi considérable que la ligature de la veine porte ne fait pas varier sensiblement le coefficient azoturique. Il faut, pour le faire baisser, supprimer l'apport du sang artériel en liant l'artère hépatique.

L'étude de la consommation du sucre par les tissus nous a fourni les résultats suivants. Dans les conditions dans lesquelles nous nous sommes placés (injection dans la saphène de 37 gr. 50 de glycose dissous dans 150 gr. d'eau en 40 minutes), le premier chien a utilisé avant l'alcoolisation 1 gr. 75 par kilog., et après deux mois et demi d'alcoolisation, 1 gr. 64. Au contraire, le second chien qui avait consommé 2 gr. 13 de sucre par kilog. au début, en assimilait 2 gr. 42 après l'alcoolisation. Mais ce dernier animal était malade à ce moment et mangeait très peu ; on peut admettre que l'augmentation de l'utilisation du sucre tenait au besoin nutritif des tissus. Quoi qu'il en soit, nous devons conclure que l'alcoolisation expérimentale à doses toxiques et prolongées pendant deux mois et demi ne peut pas diminuer sensiblement

l'aptitude des tissus à consommer le sucre. Peut-être la durée de l'intoxication est-elle insuffisante; en tout cas, nos recherches sont continuées, les animaux étant actuellement en bon état.

M. Cadéac ne considère pas les doses de 50 à 60 cc. d'alcool comme des doses toxiques. Il a administré à des chiens jusqu'à 200 cc. d'arquebuse comme dose quotidienne. Il rappelle l'action différente exercée par l'alcool et les essences : dans le premier cas torpeur extrême, dans le deuxième hyperesthésie, raideur, réactions très vives.

M. Dufourt. Il ne faut pas assimiler l'arquebuse à l'alcool absolu : la teneur de l'arquebuse en alcool ne doit pas dépasser 70 pour 100. D'autre part, nous ne tenions pas à rendre nos animaux malades ; c'est intentionnellement que nous ne sommes pas arrivés aux doses extrêmes qui peuvent provoquer la mort subite ou rapide. Les doses que nous avons employées correspondaient à 400 gr. pour un homme; ce qui est certes une dose toxique.

M. Pauly. Nous avons publié M. Bonne et moi une observation de coma mortel par l'absinthe.

M. Cadéac. Ceci venait à l'appui de mon opinion que l'action de l'absinthe liqueur est surtout stupéfiante à cause des autres essences qu'elle contient. L'action stupéfiante de l'alcool venait s'y ajouter.

M. Pauly. Nous n'avons pas conclu d'une façon aussi affirmative.

M. Collet. Dans un cas, l'intoxication par l'absinthe et les essences avait duré plus de quinze jours.

M. L. Dor. La dose de 4 litres de vin par jour n'est pas extraordinaire : elle répond cependant à 400 grammes d'alcool avec un vin de 10°. Mieux vaudrait donc permettre un ou deux petits verres de cognac qu'un litre de vin, bien que cela semble paradoxal.

M. Dufourt. Évidemment les buveurs de vin arrivent à des chiffres fantastiques, plus élevés en alcool que les buveurs d'alcool. Cela ne veut pas dire qu'il faut permettre l'alcool plutôt que le vin, à cause de l'action nuisible sur l'estomac.

M. Lortet lit un travail intitulé : *Concierges de Lyon et tuberculose.* (Voir p. 595, t. 93.)

M. L. Dor remarque comme M. Lortet que la Commission des logements insalubres ne fonctionne pas d'une manière efficace. A Reims et au Havre ces Commissions fonctionnent même en dehors de toute plainte ou réclamation ; il suffirait de faire de même à Lyon.

M. Crolas partage l'opinion de M. L. Dor.

M. Navarre fait remarquer que les recherches statistiques auxquelles il s'est livré à propos de la tuberculose sur le personnel lyonnais des postes et télégraphes lui ont montré qu'à Paris la mortalité par tuberculose était de 49 pour 10.000, et la proportion des décès tuberculeux

pour 100 décès, de 26,1, tandis qu'à Lyon la mortalité par tuberculose n'est que de 36,2 pour 10.000, et la proportion de décès tuberculeux de 17,83 pour 100 décès.

M. LÉPINE demande que le rapport de M. Lortet soit adressé le plus tôt possible à M. le Maire de Lyon. Il n'y a pas à s'adresser au Parlement; il s'agit d'une question qui relève directement de la Municipalité. Il est vraiment regrettable que l'hygiène soit aussi déplorable dans une ville où le maire est médecin.

Les conclusions du rapport de M. Lortet sont votées à l'unanimité, ainsi que l'envoi de ce travail à la Municipalité.

Le Secrétaire-adjoint, F.-J. COLLET.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 28 mars 1900. — Présidence de M. VALLAS.

CALCUL VÉSICAL.

M. THERMIER, interne des hôpitaux, présente un volumineux calcul vésical enlevé par la taille hypogastrique chez un malade du service de M. Vallas. Cet homme présentait depuis plusieurs années des signes de cystite purulente. L'examen avec un explorateur métallique permet très facilement de reconnaître un calcul dont on ne peut malheureusement avoir les dimensions exactes. Une lithotritie fut tentée, mais elle démontra, dès les premières manœuvres, l'impossibilité de saisir le caillou entre les mors du lithotriteur ; la taille hypogastrique fut donc immédiatement pratiquée et elle conduisit sur un très volumineux calcul. Le volume de celui-ci était tel que ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté que l'extraction put être pratiquée. Le poids de la pierre est de 226 grammes, et ses dimensions sont de 9 centimètres sur 6.

La littérature chirurgicale contient des faits de calculs beaucoup plus volumineux sans doute ; Miltan a extrait un calcul de 978 grammes, mais pourtant la pierre extraite par M. Vallas dépasse la moyenne, et les difficultés opératoires observées méritaient d'être signalées.

M. DELORE père croit le calcul composé d'urates. Autrefois on pratiquait de préférence la taille périnéale, malgré des échecs et des difficultés très grandes, quand le calcul était volumineux et que la vessie vidée de son contenu urinaire revenait se contracter sur la pierre.

Dans un cas, chez une petite fille, il tenta une taille vaginale, mais dut l'abandonner pour recourir à la voie hypogastrique.

M. VALLAS n'a essayé que pendant quelques minutes la lithotripsie; mais aussitôt qu'il eût reconnu le volume du calcul, il se décida à pratiquer une taille hypogastrique, la taille périnéale n'aurait pas donné une ouverture suffisante. Même avec une large incision hypogastrique de la vessie, l'extraction fut des plus laborieuses, et M. Vallas songea même un instant à faire des débridements transversaux.

Au point de vue de la constitution chimique du calcul le noyau doit être formé d'urates ou d'oxalate de chaux, et la périphérie de phosphates.

M. SOULIER a toujours considéré avec l'opinion classique que les calculs d'oxalate étaient plus fréquents chez l'enfant, que ceux d'urate se rencontraient surtout chez les adultes, et qu'enfin les phosphatiques semblaient être l'apanage des vieillards avec vessie infectée.

M. DELORE n'a pas présent à la mémoire des faits bien précis permettant de confimer ou d'infirmer les idées de M. Soulier.

M. VALLAS. La division de M. Soulier est la division classique et semble confirmée par les faits. Ces calculs phosphatiques se distinguent par leur friabilité, ceux d'urates et d'oxalates, plus durs, ont des caractères macroscopiques moins nets. Les calculs d'oxalate paraissent plus fréquents chez les jeunes sujets. Récemment, il a opéré un jeune homme de 20 ans, porteur de deux volumineux calculs et qui étaient constitués par de l'oxalate de chaux.

TUMEURS NÆVIFORMES SUDORIPARES.

M. DELORE. Cette affection n'est pas *congénitale*, d'après l'observation précise de quelques faits qu'il m'a été donné de faire. Je l'ai vu, en effet, apparaître le deuxième ou le troisième jour chez le nouveau-né. Les parents, que j'ai pu interroger dans de bonnes conditions, m'ont également affirmé son apparition à cette époque.

Elle débute par une toute petite élevure vasculaire qui s'agrandit rapidement.

Son *processus* qui offre de nombreuses variétés est souvent innocent et stationnaire ; je l'ai vu aussi envahir progressivement tous les tissus du voisinage, comme la muqueuse buccale, la langue, les os eux-mêmes.

Tous les chirurgiens savent que le nævus est causé par une prolifération morbide des capillaires de certaines régions. Quelques-unes sont privilégiées comme les alentours de l'œil, du nez, ou de la bouche, mais j'ai pu l'observer sur toutes les parties du corps.

Dans le plus grand nombre de cas, les capillaires proli-

férés et dilatés constituent seule la lésion. On y trouve fréquemment des lacunes ou véritables cavernes.

On constate aisément que la tumeur érectile ayant un certain volume est animée de battements, qu'elle s'affaisse par la compression et qu'elle donne lieu à des hémorragies à la suite de piqûre.

Il n'en est pas moins certain qu'on perçoit assez souvent dans l'épaisseur un tissu mollasse et non réductible. M. Villard nous a appris qu'elle était constituée par une hyperplasie des glandes sudoripares. Je suis tout disposé à admettre avec lui que ces glandes jouent un rôle dans l'apparition du *nævus* et que leurs capillaires entrent pour la plus grande part dans la production du mal.

L'*électrolyse* est le traitement de choix du *nævus* des nouveau-nés. Quand on plonge les deux fils métalliques d'une pile de Bunzen dans l'eau, on la décompose par une *électrolyse typique*. On fait une opération du même genre en plaçant les deux fines aiguilles d'or d'un appareil *électrolytique* quelconque dans le tissu morbide.

Voici ma manière de procéder :

Je mets mes deux aiguilles dans l'eau salée et je gradue le courant au point d'avoir un dégagement modéré d'hydrogène et d'oxygène. Cela obtenu, je pique le nævus, la plupart du temps avec les deux aiguilles à la fois. Cette piqûre s'entoure immédiatement d'une zone crispée blanchâtre.

L'électrolyse entraîne les acides au pôle positif, les alcalis au négatif. Dans ces deux points une cautérisation des tissus se produit; quand on la juge suffisante, on change les aiguilles de place. L'objectif est de détruire le tissu morbide en faisant les moindres cicatrices possibles. A la face, c'est la grande préoccupation des mères pour leurs filles.

L'électrolyse est une méthode idéale pour un nævus qui débute. Quand il y a deux ou trois petits capillaires qui apparaissent, il suffit d'appliquer sur chacun deux l'aiguille positive pendant *une seconde de durée*. La guérison est immédiate. On ne voit ensuite aucune trace.

Évidemment si le nævus est ancien, profond, étendu, il faudra des courants plus intenses, plus souvent répétés, et après l'opération on aura une surface cutanée légèrement gaufrée et marbrée.

L'*électrolyse* est préférablement indiquée sur les paupières, au bord de l'orifice du nez, dans les cas où à la face la peau est envahie irrégulièrement par des nævus multiples et d'une grande étendue. Elle est fort commode, car elle très précise et on ne risque pas d'enlever des tissus sains.

Si la douleur est intolérable, il faut anesthésier; mais le très grand avantage de la méthode, c'est de permettre d'y revenir aussi souvent que cela est nécessaire. Chaque séance ne doit pas dépasser cinq minutes. Immédiatement après l'enfant recouvre sa gaîté et peut aller dehors.

Malgré le nombre considérable de piqûres que j'ai pratiquées, je n'ai jamais vu le moindre accident. Certains nævus érectiles sont justiciables de l'ablation, mais alors c'est une véritable opération et la mort peut en être la conséquence. J'en connais des exemples, où cependant toutes les précautions chirurgicales semblaient avoir été prises.

M Villard. Un certain nombre des considérations présentées par M. Delore viennent confirmer les idées qu'ont défendues M. Paviot et lui-même, c'est-à-dire que le grand nombre des nævi ne sont que des tumeurs sudoripares s'accompagnant d'un développement télangiectasique parallèle des vaisseaux sanguins.

Le fait qu'a signalé M. Delore, à savoir que la plupart des tumeurs érectiles n'apparaissent que deux ou trois jours après la naissance, cadre parfaitement avec le développement des glandes sudoripares que l'on sait présenter une grande activité à ce moment. L'absence de congénitalité des nævi est un argument en faveur de la théorie épithéliale.

L'anatomie pathologique microscopique a démontré qu'il ne s'agit pas de néoformations vasculaires englobant quelques glandes sudoripares, mais de néoformations des éléments cellulaires de celles-ci avec tous les degrés, depuis l'adénome jusqu'à un véritable épithélioma sudoripare. Sur 25 à 30 tumeurs examinées par M. Paviot, une seule fois une véritable tumeur érectile a été rencontrée, et il s'agissait d'un nævus de la région clitoridienne.

La clinique a confirmé les données histologiques; en effet, après l'ablation certaines de ces tumeurs ne récidivent pas; d'autres récidivent, *in situ*; d'autres enfin, mais exceptionnellement, il est vrai, peuvent se généraliser. Ces données cliniques et anatomo pathologiques vont à l'encontre des idées émises par M. Delore.

Ces considérations ont leur retentissement sur la thérapeutique du moment qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale et non d'une malformation vasculaire, toute cause irritative locale peut donner un coup de fouet à la maladie, et M. Villard cite à l'appui de cette opinion deux cas où des cautérisations au thermo-cautère eurent ce résultat. Pour lui, l'ablation

est le traitement de choix, l'électrolyse au contraire le traitement de nécessité.

Une tumeur de peu d'étendue s'enlève facilement au bistouri, la cicatrice est à peine visible surtout si l'on a recours à la suture intra-dermique et la douleur est nulle. Au contraire, l'électrolyse demande des séances répétées, elle donne une cicatrice gaufrée quelquefois et est souvent douloureuse. Les indications de l'électrolyse seront les contre-indications de l'ablation, c'est-à-dire l'étendue trop considérable de la tumeur.

L'un des Secrétaires annuels : E. Villard.

REVUE DES LIVRES

Sur une variété spéciale de calcification dans les tissus, par le docteur Marcel Lexa, de l'École du service de santé militaire. — Thèse de Lyon, 1899.

L'auteur a écrit une très intéressante monographie sur ce sujet tout à fait neuf. Il formule les conclusions suivantes :

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Prof. Poncet un malade porteur en divers points du tiers supérieur des membres inférieurs de tumeurs dures plus ou moins irrégulières, d'apparence bizarre et de nature calcaire. Ces tumeurs siégeaient dans les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané, leur volume variant de celui d'une tête d'épingle à celui d'un poing.

Les plus volumineuses de ces tumeurs incisées par M. Poncet ont permis de reconnaître leur contenu calcaire, dur à la périphérie, ramolli et même liquide au centre, formant alors un véritable lait de chaux.

L'analyse chimique a démontré qu'il était formé uniquement *par des phosphates et des carbonates de chaux.*

L'examen histologique pratiqué par M. le Dr Louis Dor n'ayant révélé aucune altération pathologique des tissus environnants, ni tissu anormal, fait éliminer l'idée d'une dégénérescence quelle qu'elle soit et permet de conclure à une infiltration calcaire d'emblée.

Le malade ne présentant aucun signe d'ostéosarcome ou de carcinome, aucun signe de tuberculose pulmonaire ou autre, non plus que de lésions rénales ; mais ayant été atteint, il y a quelques années, d'un rhumatisme déformant dont il porte encore les traces (doigts en griffe), on ne peut songer

à une métastase calcaire (Andral et Virchow), qu'en admettant la théorie de MM. Destot et Barjon sur la raréfaction osseuse dans cette maladie, théorie controversée par MM. Potain et Serbanesco.

M. Talamon ayant émis en 1877 l'hypothèse d'une diathèse calcaire spéciale à laquelle il attribue les lésions de l'arthrite déformante, comme on attribue celle de l'arthrite goutteuse à la diathèse urique, M. Poncet eut l'idée d'assimiler ces tumeurs calcaires observées dans le tissu cellulaire aux tophi des goutteux.

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'une calcification bizarre des tissus, d'une pathogénie douteuse et par conséquent d'un grand intérêt clinique attribuable, à titre de simple hypothèse, soit à la métastase, soit à la diathèse calcaire.

REVUE DES JOURNAUX

Trois cas de morve chez l'homme, par TIMEN. — D'une étude faite sur les cas connus de morve chez l'homme, l'auteur conclut :

1° Pour le diagnostic de la morve, la profession de l'individu atteint doit être considérée comme un facteur étiologique important.

2° L'absence de sécrétion nasale n'exclut pas la possibilité de la morve.

3° Les tuméfactions périarticulaires et les nodules sous-cutanés et intra-musculaires en sont des signes très caractéristiques.

4° Une faible sensibilité ou même l'absence des douleurs dans les nodules plaide encore mieux en faveur de la morve.

5° Les infiltrations et les nodules peuvent se résorber rapidement et sans trace sous l'influence de compresses réchauffantes avec de l'alcool, du sublimé, etc.

6° La fièvre morveuse ne revêt aucun type déterminé ; elle prend l'aspect d'une septicémie dans des cas tout à fait exceptionnels.

7° Le traitement mercuriel ne donne pas toujours des résultats favorables, surtout dans les cas aigus.

8° La transmission de la morve de l'homme à l'homme est

sans doute possible, mais la prédisposition pour une telle infection de l'homme à l'homme n'est pas grande.

9° Dans la lutte contre la morve, l'inspection sanitaire, ainsi que la connaissance de la maladie de la part de ceux qui vivent en contact avec les chevaux, doit jouer un rôle prépondérant. (*Ejenedielnik*, n°s 51-52, 1899.)

Streptomycosis et sa sérothérapie, par M P. Nestchaldimenko (de Kieff). — Depuis 1894, l'auteur poursuit ses études sur la sérothérapie des streptococcies dans le laboratoire de M. Pawlowsky, à l'Université de Kieff. Dans une communication préliminaire, il résume ainsi les résultats les plus importants :

1° Il n'y a point de différence essentielle entre les streptocoques provoquant les différentes maladies streptococciques de l'organisme de l'homme; au contraire, l'auteur dispose de toute une série de faits qui confirment l'existence de l'identité complète des propriétés biologiques et pathogènes des streptocoques.

2° Les cultures des streptocoques faibles peuvent être exaltées dans leur virulence d'une façon extraordinaire, c'est-à-dire jusqu'à la dose mortelle de 0,000001 cent. cube. Au contraire, la plus grande virulence des streptocoques peut être facilement affaiblie et même abolie.

3° L'épreuve du sérum antistreptococcique, suivant le procédé proposé par Behring et Vernicke pour le sérum antidiphtérique en 1892 employé à l'Institut Pasteur, et qui consiste à immuniser et ensuite à infecter avec une dose dix fois mortelle, ne doit plus être employée puisqu'elle est insuffisante.

4° En outre de l'épreuve de l'immunisation, il est nécessaire de faire l'essai du sérum antistreptococcique, en traitant avec le sérum l'animal infecté avec des streptocoques et déjà devenu malade.

5° Le sérum antistreptococcique de l'auteur agglutine les streptocoques, affaiblit au plus haut degré les cultures virulentes, confère aux animaux l'immunité et guérit ceux de ces derniers qui sont déjà malades. (*Arch. russes de path.*, 28 fév. 1900.)

Lavages antiseptiques pendant l'accouchement. — D'une étude fort documentée publiée par le docteur Konig on peut tirer cette conclusion que chez les femmes qui n'ont pas eu de lavages vaginaux pendant le travail, les suites de couches évoluent d'une façon plus normale que celles qui ont été soumises aux lavages antiseptiques du vagin, autrement dit, en obstétrique comme en chirurgie, l'asepsie est préférable à l'antisepsie. (*Presse méd. Paris*, 14 avril 1900.)

Deux cas de variole traités par les inoculations vaccinales répétées. — Le docteur Brjusgin (de Saint-Pétersbourg) a essayé dans deux cas la méthode de Kotowtschikoff et en a obtenu les meilleurs résultats.

Dans le premier il s'agit d'une fille de 3 ans et demi non vaccinée, qui fut amenée à l'hôpital en plein stade d'éruption; elle présentait alors une éruption confluente avec des pustules suppurées. Le lendemain matin elle fut vaccinée et reçut 10 inoculations; le soir du même jour on lui en fit 3 autres. Le lendemain, elle en eut 6 et le surlendemain 3. Aucune réaction ne s'en suivit et l'enfant guérit.

L'autre cas concerne le frère de cette malade, garcon de 5 ans qui fut malade en même temps que sa sœur. La maladie était beaucoup plus discrète. Il reçut 6 vaccinations seulement et guérit. (*Presse méd. belge,* 22 avril 1900.)

Un moyen simple contre les ulcérations des joues d'origine dentaire. — On arrive à guérir ces ulcérations de la face interne des joues produites et entretenues par le bord coupant des molaires abrasées de certains vieillards, en interposant entre les joues malades et les arcades dentaires un disque de grandeur convenable découpé dans un zeste d'orange ou de citron.

Le contact n'en est pas désagréable et ce petit appareil, facile à remplacer, procure un soulagement immédiat et donne aux tissus le temps de se réparer.

On peut user de ce procédé pour soustraire à toute irritation mécanique une ulcération quelconque de la face interne des joues ou pour empêcher le pincement de ces dernières entre les arcades. *(Revue de somatologie,* avril 1900.)

Panaris diphtérique. — A propos de l'intéressante communication de M. Hau sur le panaris diphtérique (*Lyon Médical*, n° 4, 1900), les *Arch. russes de pathol.*, de M. Podwyssotzki signalent un cas analogue de M. Seitz (*Corresp.-blatt für schweizer Aertze*, n° 21, 1899), où le bacille de Löffler fut trouvé en même temps que des staphylocoques et des streptocoques.

Un accouchement au dehors de l'organisme. — M. Steinbüchel (VIIe Congrès allemand de gynécologie) pratique chez une personne atteinte d'un fibro-myome du col utérin, une extirpation totale de l'utérus arrivé au 6e mois d'une grossesse. Au bout de 2 heures et demie après l'opération, on place l'organe extirpé au-dessous d'un robinet d'eau froide pour le laver. Dès que le jet d'eau froide commença à pénétrer dans la cavité, parurent des contractions très nettes dans la musculature utérine, et la poche tendue commença à bomber dans l'orifice. Le tout a abouti à une expulsion de l'œuf couvert de ses membranes. (*Arch. russes de pathol.*, 28 fév. 1900.)

Traitement de l'obésité par le jeûne. — Le *Journ. of the American med. Association* (10 mars 1900) rapporte le cas d'un marchand qui s'est guéri de son obésité en se soumettant à un jeune volontaire de 35 jours. Ne prenant aucune nourriture et ne buvant que 36 onces d'eau, le malade perdit en 35 jours 43 livres de poids (de 207 à 164 livres). Sauf les deux ou trois premiers jours, le malade ne souffrait pas outre mesure de la faim. L'état subjectif s'est considérablement amélioré après l'expérience. Déjà un an auparavant le patient a pu apprécier les bons effets d'une période de jeûne, en vérité moins prolongée. Pendant la période de jeûne le malade est resté sous l'observation du docteur Carpenter et du professeur Doremus. (*Vratch*, n° 13, 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

L'HÔPITAL DES TUBERCULEUX.

Par le docteur F. DUMAREST (d'Hauteville).

L'Administration hospitalière lyonnaise se préoccupe de donner son complément indipsensable à l'*Œuvre des tuberculeux indigents* en réalisant à Lyon, sur une échelle suffisante, l'isolement et la cure rationnelle des phtisiques qui lui sont confiés.

On doit l'en louer; mais pourquoi faut-il que le corps médical, auprès duquel elle devrait rencontrer, au cours d'une si utile entreprise, un assentiment et une approbation unanimes, soit encore si divisé d'opinion sur la forme de la question et la manière de comprendre l'assistance aux tuberculeux et leur isolement ?

Il y a cependant des précédents de nature à éclairer sa religion, et il semble bien que l'expérience, faite à Paris, des services spéciaux dans les grands hôpitaux, ait jugé et condamné ce système. Les résultats ont été mauvais, si mauvais, que les services d'isolement sont devenus la terreur des malades.

Et, de fait, cette solution ne remplit ni l'un ni l'autre des deux desiderata essentiels :

1° *Guérir ou améliorer les malades.* — L'air pur est le pansement aseptique de la plaie pulmonaire et, même chez les malades avancés et hors d'état de guérir, le grand air fait disparaître ou atténue les symptômes pénibles, les sueurs, la diarrhée, modère la toux et procure le sommeil. Ainsi leur fin est adoucie d'un rayon d'espoir. Tant qu'on n'aura pas mis le phtisique au grand air, on n'aura rien fait pour lui, et l'hospitalisation n'aura été qu'une aggravation à ses souffrances.

Je mets intentionnellement les choses au pire et passe sous silence les nombreux malades auxquels, de façon inattendue, l'air de la campagne procurera des améliorations plus ou moins durables, quelquefois définitives, qu'on a intérêt et qui ont droit à être soignés *convenablement.*

2° *Éviter la contagion.* — L'isolement strict dans un

grand hôpital n'est posssible ni vis-à-vis des autres malades, ni vis-à-vis des visiteurs; enfin il est insuffisant entre les tuberculeux eux-mêmes à diverses formes plus ou moins contagieuses et virulentes. C'est pitié de parcourir les couloirs de notre grand Hôtel-Dieu : on y nage dans les crachats, crachats anonymes de pensionnaires ou de visiteurs. Confinerez-vous donc les tuberculeux dans leurs salles? Il faut cependant les mettre un peu à l'air; et s'ils sortent dans les cours, quelle sanction aurez-vous contre les cracheurs? Quelle surveillance pourrez-vous organiser? Dans l'hôpital de tuberculeux exclusif et fermé, ou si l'on préfère dans le sanatorium suburbain (car il faudrait que ce fût un vrai sanatorium), la discipline serait au contraire très facile à établir à ce point de vue, car on y supprimerait tout d'abord le va-et-vient perpétuel et l'anonymat de nos grands hôpitaux : *la maison entière serait installée et dirigée en vue des tuberculeux*, et c'est là le point essentiel de la prophylaxie, le secret même du sanatorium.

Quant aux hôpitaux urbains, ils auront autant à gagner à cette suppression qu'à l'éloignement des autres affections contagieuses, et il n'est pas à présumer qu'à aucun point de vue ils puissent s'en plaindre. Tout au plus conviendrait-il d'y créer une petite salle d'isolement pour les cas suspects.

Je crois donc, avec beaucoup de mes maîtres lyonnais ou parisiens, que la solution est dans un sanatorium suburbain, construit le plus possible sur une hauteur pour échapper aux brouillards du Rhône et de la Saône, aménagé très simplement et très proprement pour un nombre de malades *aussi grand que possible*, mais conçu de façon à permettre l'isolement relatif et la catégorisation par petites salles et petites galeries de cure indépendantes, non seulement des sexes, mais encore des diverses formes cliniques.

J'ai dit petites salles : je crois, en effet, qu'il ne faut pas dépasser 10 à 12 malades par salle, et qu'il n'est pas indifférent de réunir ensemble, comme on a pu le dire, 10 ou 30 malades. Plus leur nombre sera petit, mieux on pourra défendre les malades les uns des autres. Il suffit d'un tousseur quinteux, d'un malade qui a la diarrhée ou d'un agonisant pour empêcher une salle de dormir : le mal sera d'autant moins grand que la salle sera plus petite.

D'ailleurs, plus les malades seront divisés, et plus les décès passeront inaperçus. Ceci n'est nullement négligeable ; si la terreur a régné dans les services spéciaux parisiens, c'est en raison directe de la grandeur des salles : le malade qui meurt est donné en spectacle et en exemple à tous les autres.

Il importerait beaucoup que l'hôpital eût une bonne réputation dans le public, et pour cela il faudrait lui donner le nom de Sanatorium (les mots ont leur importance) et surtout ne le laisser à aucun prix devenir un asile d'incurables. Il conviendrait donc d'y admettre non seulement des tuberberculeux à tous les degrés et de toutes les formes, mais peut-être même, dans une partie de la maison, des convalescents d'autres affections, ce qui n'aurait du reste aucun inconvénient si l'établissement était bien installé, bien dirigé, pourvu d'un personnel instruit, et si on pouvait suffisamment catégoriser les malades (c'est-à-dire si les salles étaient petites). Ces convalescents seraient encore mieux là que dans les cours de l'Hôtel-Dieu ou de la Charité.

En tous cas, et dût-il en coûter quelques sacrifices théoriques ou financiers, il faut à tout prix assurer un bon renom à la maison des tuberculeux, car autrement les malades la fuiraient.

Quelle que soit sa simplicité, ce sanatorium, si on veut l'organiser convenablement, coûtera assez cher. C'est une utopie que de vouloir faire des hôpitaux qui se démolissent tous les dix ans et une erreur que de croire que ce qui est bien fait est bon marché. La stricte propreté, un bon service de désinfection, des parquets et des parois d'un entretien facile, un bon chauffage, rien que l'essentiel, c'est encore fort cher. On pourra néanmoins faire de bonnes économies sur le nombre des étages, le cube d'air (à condition de pratiquer l'aération continue) et surtout sur les services généraux, qui sont les plus coûteux et ne varient pas proportionnellement au nombre des lits. Plus les plans seront vastes, plus par conséquent le prix de revient relatif sera réduit : les malades étant fort nombreux, il y a donc tout intérêt à prévoir grand. Il n'en est pas moins vrai que le sanatorium francfortois de Ruppertshain, qui est d'une simplicité extrême, où plusieurs choses sont sacrifiées que nos

hygiénistes réclameraient ici à cor et à cri (point de désinfection des eaux résiduelles, éclairage au pétrole) coûte encore 4.300 fr. par lit pour 80 lits.

Je doute qu'un sanatorium de 300 lits, bien installé, puisse se faire, *aux environs de Lyon*, à moindre prix, à moins qu'on ne fasse abstraction du terrain et des bâtiments.

Comme on l'a vu, je n'ai pas parlé d'altitude. C'est qu'en matière de phtisiothérapie populaire il faut considérer l'altitude comme un luxe, et cela pour deux raisons :

1° Parce qu'en raison du prix de revient et d'entretien, il serait impossible d'appliquer pratiquement la cure de montagne à la totalité des malades, et que ce ne sera jamais qu'une minorité qui en pourra bénéficier.

2° Parce que cette cure universelle par l'altitude, fût-elle même possible, qu'elle ne serait pas désirable, n'étant pas indiquée pour tous les cas : les applications de la cure climatérique sont plus restreintes en effet que celles de la cure d'air.

Mais si l'altitude est un luxe, ce n'est pas, quoiqu'on en ait pu dire, un luxe *inutile*. Là-dessus l'expérience et la théorie sont d'accord, et il est surprenant qu'il faille répéter encore de telles banalités. Tout le monde réclame un air pur pour les tuberculeux. Personne n'ignore cependant que l'air de la montagne et celui de la mer sont plus purs que celui de la plaine, et cela dans des proportions qui défient toute comparaison. On sait aussi que la lumière, la température, la pression atmosphérique, les radiations solaires, le climat, le sol, en un mot le milieu extérieur dans lequel nous sommes plongés ne sont pas sans avoir quelque influence sur les fonctions de la vie. Cette influence est utilisable, et il suffit d'avoir vu quelques personnes, malades ou bien portantes, émigrées de la plaine (je ne dis pas de la ville) à la montagne, pour avoir constaté sur elles des changements notables et constants. Nier l'influence des climats sur les races ou les individus, c'est nier l'évidence. Alors ?...

Toutefois, et je le reconnais volontiers, dans la question d'assistance générale qui nous occupe, les actions climatériques, les cures associées, comme le dit très exactement M. Landouzy, faisant ainsi la distinction toujours méconnue entre la cure d'air et la cure climatérique, sont au second

plan. A Lyon, on pourra cependant en faire profiter un certain nombre de malades du sanatorium suburbain qui, en raison de la forme de leur lésions, étaient jugés justiciables de la cure d'altitude et cependant capables de donner, à la montagne, un résultat prompt et surtout *définitif*, mériteront plus d'effort et de sacrifices et pourront être dirigés sur Hauteville. Ces malades resteront, quoi qu'on fasse, les privilégiés. De ce que la phtisie est curable à tous les degrés, on ne saurait conclure qu'elle l'est toujours, et partir de là pour établir théoriquement entre les malades une égalité qui n'existe pas réellement.

En réalité, toute question d'assistance, mise à part, chaque climat, chaud ou froid, sec ou humide, bas ou élevé, devrait être utilisable pour une catégorie déterminée de malades, à l'exclusion des autres. Malheureusement les indications climatériques sont loin d'être définies, et l'opinion médicale est trop souvent cantonnée dans des formules simplistes à travers lesquelles perce parfois le bout d'oreille des spécialistes. Tel ne jure que par la montagne : tel autre ne veut que la mer; un troisième préfère l'Atlantique à la Méditerranée : le dernier, habitant de la Beauce, pense que le climat importe peu ; les uns opinent pour le sanatorium, les autres affirment que la cure libre est préférable ; les derniers enfin, par un distinguo subtil, prétendent réserver le sanatorium aux seuls malades pauvres, ce qui est vraiment génial !

Le tout appuyé d'arguments abondants, parmi lesquels domine un patriotisme ombrageux, teinté de protectionnisme et assaisonné de digressions sur le caporalisme prussien qui n'a vraiment que faire en cette galère.

Bref, chacun est de son pays et plaide pour sa maison. Tous ces plaidoyers cependant ont un article commun : la contre-indication en cas de cachexie ultime ; sur ce point l'unanimité est complète !

Et cependant il y a des malades pour tous. N'y en eût-il pas qu'il serait plus digne du corps médical de se garder de ce ridicule et trop utilitaire exclusivisme et de s'élever jusqu'à un éclectisme empreint de quelques idées générales.

Des Allemands nous avons appris que les tuberculeux pouvaient être traités avec succès, et que le secret de ce

succès résidait ailleurs que dans des promenades du sud au septentrion et de l'est à l'ouest. Lorsque nous inspirant de leurs exemples, nous aurons fait pour nos phtisiques pauvres autant qu'ils auront fait pour les leurs, davantage si c'est possible, nous n'aurons pas encore pour cela acquis le droit de les railler. En attendant, souhaitons pour notre amour-propre national qu'ils ne lisent pas tout ce qui s'imprime de ce côté du Rhin.

VARIÉTÉS

Société nationale de médecine de Lyon (séance du 30 avril 1900). — — M. Mollard présente le cerveau d'un homme ayant eu une hémianesthésie cutanée totale, cerveau dans lequel on observe une lésion très limitée de la capsule interne.

— M. Viannay présente un malade du service de M. M. Pollosson, entré pour un néoplasme du rectum, et chez lequel, à cause des vomissements depuis longtemps incoercibles, on fit une laparotomie qui conduisit à une sténose pylorique : gastro-entéro-anastomose, amélioration considérable ; en somme, coïncidence intéressante d'un néoplasme pylorique et d'un néoplasme rectal.

— M. Mérieux présente en son nom et en celui de M. Lyonnet un appareil pour la stérilisation de l'eau dans les ménages.

— M. Navarre lit un mémoire sur la tuberculose dans le personnel lyonnais des postes et télégraphes ; il en résulte que la morbidité et la mortalité par tuberculose atteignent un taux très élevé dans ce personnel, ce qui est dû aux mauvaises conditions hygiéniques des locaux dans lesquels il travaille.

Ordre du jour du 7 mai :

1° M. Bonnet : Caillot artériel et gangrène.

2° MM. Lépine et Boulud : Sur une substance diabétogène extraite de l'urine diabétique.

3° M. Mollard : Sur un cas d'hémianesthésie organique.

4° M. Pauly : Sur un cas de syndrome de Weber.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 2 mai 1900). — M. le docteur Bérard présente un nouvel appareil pratique pour les injections de sérum artificiel. Il s'agit d'un ballon à deux tubulures que l'on remplit de sérum avant de le placer dans l'autoclave pour le stériliser et dont les tubulures sont bouchées avec du coton. Une fois le ballon stérilisé, il peut être conservé un temps indéterminé, et pour s'en servir il suffit d'adapter à l'une des ouvertures le tube en caoutchouc muni de l'aiguille et de renverser le ballon pour faire l'injection.

— M. de Teyssier, interne des hôpitaux, présente un malade du service M. Pic, atteint d'une paralysie du muscle grand dentelé droit.

— M. Bayle, interne des hôpitaux, montre une malade atteinte d'un néoplasme du cardia, à laquelle M. Tixier a pratiqué une gastrostomie par le procédé de Fontan. Alimentée par la bouche stomacale, la malade a pris 4 kilos en trois semaines.

— M. Laroyenne, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Vallas qui a subi une gastro-entéro-anastomose transmésocolique pour un néoplasme du pylore avec dilatation énorme de l'estomac. Le malade va mieux et peut s'alimenter, quoique l'opération remonte à dix jours seulement.

— M. le docteur Adenot a enlevé, il y a cinq jours, à un malade de 56 ans, par la voie périnéale, une tumeur de la prostate. Le malade va bien jusqu'à ce jour et urine spontanément. Le présentateur fera prochainement connaître l'examen histologique de la pièce anatomique.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Bordier, agrégé, est chargé du cours de physique médicale jusqu'à la fin de la présente année scolaire, en remplacement de M. le professeur Monoyer, en congé.

— M. le docteur J. Nicolas est nommé jusqu'à la fin de la présente année scolaire chef des travaux de médecine expérimentale et comparée.

Institut antirabique de Lyon. — Pendant le mois d'avril 1900, 59 personnes ont été traitées à l'institut antirabique de Lyon et du Sud-Est. Parmi les 59 personnes mordues, 35 sont domiciliées à Lyon, 2 dans le département du Rhône et 22 dans les départements limitrophes. Le nombre des personnes mordues depuis le 2 janvier 1900 atteint 208.

Vaccine et pèlerinage. — Il y a quelques mois, le gouvernement italien a refusé l'entrée en Italie de pèlerins marseillais, à moins de se faire revacciner immédiatement. Voici ce que l'on télégraphiait, il y a quelques jours, de Nice au journal le *Temps :*

Un incident s'est produit aux fêtes du couronnement de la madone de Laghet.

Mgr Reggio, archevêque de Gênes, qui assistait aux premières journées des fêtes, s'était rendu à Vintimille pour se mettre à la tête de 500 pèlerins venant de Gênes par train spécial pour assister à la fin des fêtes de Laghet. A Menton, le commissaire spécial s'opposa au passage du pèlerinage, exigeant un certificat de vaccine récent pour chaque pèlerin. Les pèlerins furent obligés de rebrousser chemin. Le commissaire spécial de Vintimille a fait afficher un avis disant que les groupes voulant entrer en France doivent produire un certificat de vaccine.

La variole sur l'« Augusta Victoria ». — Ce navire venant de Constantinople avec 500 touristes est arrivé à Naples après avoir eu dans le trajet deux décès de variole parmi les passagers. Les cadavres furent jetés à la mer et le fait ne fut pas porté à la connaissance des autorités italiennes. A peine arrivés à Naples, les touristes se sont dispersés en différentes directions pour visiter l'Italie, et neuf de ceux qui sont arrivés à Rome sont tombés malades de la variole maligne. Trois sont morts et les autorités ont pris des mesures prophylactiques et ont mis le navire et les touristes sous surveillance. — La *Novoye Vremja*, qui reçoit cette

nouvelle de son correspondant de Rome, ne fait pas connaître la nationalité des touristes.

La vaccination obligatoire en Turquie. — Nous lisons dans la *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople* que les parents qui, malgré l'ordre du gouvernement, ne feront pas vacciner leurs enfants, seront passibles d'une amende. L'argent provenant de ce chef sera versé aux caisses municipales.

Les honoraires d'un masseur. — Nous lisons dans les « Échos » du *Lyon Républicain* que le directeur d'un gymnase médical de Lyon qui, comme masseur, avait donné des soins aux blessés de la catastrophe du Péage-de-Roussillon, n'a pas obtenu de la Compagnie P.-L.-M. les 24.460 francs qu'il réclamait pour ses honoraires. La 3e chambre du Tribunal civil de la Seine a réduit à 12.170 francs la note du masseur.

Échos de la guerre anglo-boer. — Le docteur Dunlop a calculé que les soldats et les habitants de Ladysmith recevaient pendant le siège de cette place 73,4 gr. d'albumine par jour chacun, alors que les prisonniers reçoivent, avec un travail peu pénible, au moins 134 gr. d'albumine, et les mendiants oisifs enfermés dans les maisons d'assistance où on les fait souffrir de faim reçoivent 83,5 gr. d'albumine chacun. (*The Brit. med. J.*, 17 mars 1900.)

La lutte contre la tuberculose. — La lutte contre la tuberculose entreprise avec tant d'énergie en Allemagne commence déjà à porter ses fruits, car la mortalité paraît diminuer. D'après le rapport de l'Office sanitaire allemand, il y a, à partir de 1894, une diminution croissante de la mortalité par tuberculose. En effet, en 1894, celle-ci était en Allemagne de 88,715 pour l'âge de 15 à 60 ans, en 1895 de 87,156, en 1896 de 83,862, et en 1897 de 83,791.

Filles ou garçons a volonté. — Madame ou mademoiselle Griffith Davis — c'est une Américaine — reconnaît dans le cycle des vingt jours de la vie menstruelle trois phases pendant chacune desquelles la susceptibilité à l'imprégnation varie pour le sexe à procréer. Ainsi, à dater de trois jours avant la menstruation jusqu'à huit jours après celle ci, il ne se formerait que des filles ; du dixième au quinzième jour après les règles, il ne se créerait que des garçons. Le neuvième jour serait *neutre*, et le résultat de la fécondation alors incertaine. Pendant cette période intermédiaire neutre, on pourrait avoir des jumeaux de sexe différent ; ou si une fille est procréée, elle aura des caractères masculins — une garçonnière — ; si un garçon vient à se former, il sera efféminé. L'époque de l'immunité — encore un point social important — serait du quinzième jour après la menstruation jusqu'au troisième jour qui précède l'époque attendue. — Pendant l'époque menstruelle, dit la doctoresse, les vibrations seraient plus élevées, plus vigoureuses chez la femme et elle engendrerait des filles. (*Revue méd. de Montréal.*)

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Avril	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
22	751	0	748	18	+25.1	14	+ 5.3	6	80	54	0.0	4.1	35
23	748	0	743	24	+26.5	14	+ 6.9	5	84	27	0.0	4.0	37
24	743	0	741	21	+23.2	14	+ 8.1	5	63	44	0.0	4.5	29
25	744	24	741	0	+21.8	14	+ 8.1	5	71	45	0.0	4.6	24
26	746	9	744	24	+19.8	15	+ 7.0	6	70	50	0.0	5.6	28
27	744	0	742	18	+16.4	12	+ 3.8	4	75	72	0.0	4.2	27
28	743	10	742	3	+20.2	14	+ 9.7	5	86	44	0.0	2.2	34

Maladies régnantes. — Nous avons compté pendant la 17e semaine de 1900, 214 décès, au lieu de 220 la semaine précédente. Il y avait eu 193 décès pour la période correspondante de 1899. Le coefficient mortuaire reste à peu près stationnaire : 24 par an et par 1000 habitants.

Les sévices des maladies contagieuses et infectieuses augmentent d'une façon très sensible. Le Bureau d'hygiène a reçu, du 25 avril au 2 mai, 76 déclarations ainsi réparties : 46 varioles, 22 scarlatines, 7 diphtéries, 1 fièvre typhoïde. Pour compléter ce tableau, ajoutons un nombre indéterminé de rougeoles, de coqueluches et d'érysipèles.

Les maladies aigues des bronches et du poumon sont aussi fréquentes que la semaine dernière. A côté des angines diphtéritiques existent de nombreux cas d'angines catarrhales et inflammatoires.

Proportion assez élevée d'apoplexies cérébrales et de méningites, la plupart tuberculeuses. La phtisie pulmonaire entre pour un sixième dans la mortalité générale. Les décès par cardiopathie et cancer sont toujours nombreux.

Sur les 214 décès hebdomadaires, dont 87 dans les hôpitaux civils, 34 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 29 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 28 avril 1900 on a constaté 214 décès :

Fièvre typhoïde	2	Catarrhe pulmonaire	8	Affections du cœur	15
Variole	2	Broncho-pneumonie	16	— des reins	6
Rougeole	2	Pneumonie	15	— cancéreuses	20
Scarlatine	2	Pleurésie	2	— chirurgicales	9
Erysipèle	2	Phtisie pulmonaire	34	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup	0	Autres tuberculoses	3	Causes accidentelles	6
Coqueluche	0	Méningite aiguë	7	Aut. causes de décès	21
Affect. puerpérales	0	Mal. cérébro-spinales	21		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile	7	Naissances	157
Choléra nostras	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	2	Mort-nés	7
Bronchite aiguë	7	Cirrhose du foie	1	Décès	214

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

NOTE STATISTIQUE SUR L'IMMUNITÉ VACCINALE ET SA TRANSMISSION INTRA-UTÉRINE.

Par M. PIÉRY,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

A la suite d'une petite épidémie intérieure de variole qui s'était déclarée en août 1899, à la Maternité de la Charité, dans le service de M. le chirurgien-major A. Pollosson, suppléé par M. Villard, nous dûmes vacciner, pendant un mois, toutes les femmes enceintes entrantes et les enfants nouveau-nés. Nous eûmes soin de noter les effets de la vaccination respectivement chez la mère et chez l'enfant, et c'est le résultat du dépouillement de cette statistique que nous rapportons ici. Ces résultats peuvent être, croyons-nous, une contribution à l'étude, encore incomplète à l'heure actuelle, de l'*immunité vaccinale* et de sa *transmission intra-utérine.*

Notre statistique porte sur 59 cas de vaccination pratiquée concurremment chez la mère et son enfant nouveau-né.

La vaccination fut pratiquée une fois chez la mère, et le plus souvent deux fois chez l'enfant. On se servit du vaccin du Bureau municipal d'hygiène de Lyon.

Plusieurs mères, ainsi que quelques enfants vaccinés, ont présenté consécutivement à la vaccination, des pustules dites de *fausse vaccine.*

Adoptant l'opinion autorisée de M. Hervieux (1) pour qui la fausse vaccine n'est que de la vaccine *vraie incomplètement développée,* nous avons, dans notre statistique, fait figurer ces cas dans la catégorie des vaccinations à résultat positif.

L'étude de cette statistique fournit des renseignements : 1° sur l'existence de l'*immunité vaccinale* de l'enfant nouveau-né ; 2° sur l'origine de cette immunité dans la *transmission intra-utérine* de l'immunité de la mère vaccinée à l'enfant ; 3° enfin sur le rôle de l'*ancienneté de l'im-*

(1) Hervieu. *Acad. de méd.*, 4 avril 1893.

munisation de la mère dans la transmission intra-utérine de cette immunité.

A) *Immunité vaccinale de l'enfant nouveau-né.* — Sur 59 enfants nouveau-nés vaccinés, 36 présentaient l'immunité vaccinale et 23 au contraire furent vaccinés avec succès. L'immunité vaccinale de l'enfant nouveau-né, quelle que soit son origine, est donc un fait relativement fréquent puisqu'il s'est présenté à notre observation dans la proportion de 61 °/₀ des cas.

B) *Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale.* — La cause de l'immunité vaccinale de l'enfant nouveau-né réside essentiellement dans la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale de la mère. C'est qu'en effet cette immunité s'observe le plus souvent chez les enfants nouveau-nés dont la mère possède elle-même cette immunité.

Sur les 36 mères dont l'enfant présentait à la naissance l'immunité vaccinale, 32 d'entre-elles se montrèrent réfractaires à la vaccination et par conséquent possédaient elles-même cette immunité. Quatre enfants seulement dont les mères avaient été vaccinées avec succès, après l'accouchement, c'est-à-dire étaient en état de *réceptivité* au moment de l'accouchement, présentèrent l'immunité vaccinale.

Béclère, Chambon, Ménard et Coulon (1) qui ont vacciné 65 femmes et 65 nouveau-nés ont constaté que l'immunité à l'égard de l'inoculation vaccinale s'observe chez les enfants nouveau-nés *exclusivement* parmi ceux dont la mère possède elle-même cette immunité. Notre statistique montre donc 4 exceptions sur 36 cas à la règle posée par ces auteurs. Nous ne croyons pas toutefois que ces exceptions trop peu nombreuses soient de nature à l'infirmer.

Mais si la transmission intra-utérine de l'immunité de la mère apparaît bien comme la cause de l'immunité de l'enfant, il n'en reste pas moins que toutes les mères jouissant de cette immunité ne la transmettent pas à leur enfant.

C'est ainsi que dans notre statistique, sur 49 femmes présentant elles-mêmes l'immunité vaccinale, 32 seulement l'ont transmise à leur enfant; les 17 autres ont mis au

(1) Béclère, Chambon, Ménard et Coulon. *Académie des sciences* 24 juillet 1899.

monde des enfants qui étaient en état de réceptivité vis-à-vis du virus vaccin.

Un fait particulier que nous observâmes en outre est le suivant : une femme vaccinée sans succès après un accouchement gémellaire, c'est-à-dire possédant l'immunité vaccinale, ne transmit cette immunité qu'à un seul de ses enfants, le second ayant présenté une pustule de vaccin vrai après vaccination.

Si donc nous mettons à part ce dernier fait, les cas de transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale par nous observés atteignent la proportion de 65,31 %.

La plupart des *statistiques antérieures* notent avec des proportions différentes cette *inconstance* de la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale.

Burkard ayant revacciné 8 femmes et leur enfant nouveau-né nota que 6 enfants seulement furent réfractaires à la vaccination. Underhill trouva rebelle à la vaccination un enfant de 4 mois dont la mère avait été vaccinée au huitième mois.

Behem, sur 23 femmes enceintes vaccinées, ne constata que huit fois seulement la transmission intra-utérine de l'immunité.

Max Wolf (de Berlin), ayant vacciné avec succès entre le 66e et la 78e jour 17 femmes enceintes ne rencontra aucun enfant réfractaire à la vaccine.

De ces faits de vaccination humaine on peut rapprocher les expériences de variolisation aux animaux de Rickett et Roloff. Ces auteurs inoculèrent 700 brebis pendant les dernières semaines de la gestation avec le pus de la variole ovine; la vaccination pratiquée chez les petits quatre à six semaines après la naissance échoua chez tous. Par contre 36 agneaux provenant de brebis non vaccinées furent tous vaccinés avec succès.

Lop (1), à qui nous empruntons les renseignements précédents, constata lui-même que sur 83 femmes douées de l'immunité vaccinale, 64 d'entre elles avaient transmis cette immunité à leur enfant. Dans des expériences sur le lapin, il constata d'autre part que les petits des mères vaccinées

(1) Lop. *Variole et vaccine pendant la grossesse.* Th. de Paris, 1893.

avec succès pendant la gestation restèrent tous réfractaires à la vaccination.

M. Amet (1) observa le fait suivant. Il s'agit d'une femme qu'il vaccina au 6e mois d'une grossesse et dont le *premier enfant* fut vacciné au sixième mois avec succès. Un *second enfant*, né quatre ans plus tard, fut au contraire inoculé successivement à deux mois, à sept mois, à onze mois et toujours *sans succès.*

Enfin, plus récemment, MM. Béclère, Chambon, Ménard et Coulon ayant pratiqué la vaccination de 65 femmes et de leurs enfants nouveau-nés constatèrent à leur tour sans en donner la proportion, l'inégalité de la transmission vaccinale.

Si donc, nous additionnons les résultats des statistiques précédentes, nous constatons que les cas de transmission de l'immunité vaccinale par la mère à l'enfant atteignent la proportion de 55 °/₀. Notre statistique, additionnée avec les précédentes, donne alors la proportion de 58 °/₀ des cas dans lesquels se fait cette transmission.

Il appartenait à MM. Béclère, Chambon, Ménard et Coulon de trouver la raison de l'inconstance de la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale. Ces auteurs ont en effet mis en évidence l'existence de la propriété anti-virulente du sang de certains sujets immunisés à l'égard du vaccin. Du vaccin de génisse mélangé intimement avec le sang de ces sujets perd ses propriétés vaccinatrices.

Ces auteurs ont alors constaté que la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale s'observe exclusivement parmi les femmes dont le sang, anti-virulent à l'égard du vaccin, a transmis à travers le placenta ses propriétés anti-virulentes au sang du fœtus.

Le *passage de la substance anti-virulente* du sang maternel dans le sang fœtal à travers le placenta est donc la condition *nécessaire* de l'immunité congénitale.

c) *Rôle de l'ancienneté de l'immunité maternelle dans sa transmission intra-utérine.*— La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale s'observe chez les mères aussi bien

(1) Observation du docteur Amet, présentée par M. Hervieu. Fait relatif à la transmission de l'immunité vaccinale par la mère au fœtus. (*Bull. de l'Ac. de médecine*, 1895, t. 33.)

parmi celles qui ont été vaccinées pendant la première enfance qu'au cours de leur grossesse.

Toutefois, il semblerait d'après les cas que nous avons observés que cette transmission se ferait plus fréquemment dans le premier cas.

Nous avons, en effet, eu l'occasion de vacciner avec succès cinq femmes pendant la dernière quinzaine de leur grossesse ; il ne pouvait donc s'agir de la transmission d'une immunité maternelle antérieurement acquise. Or, nous n'avons observé qu'un seul exemple de cette transmission de l'immunité à l'enfant nouveau-né, ce qui fait une proportion de 20 °/₀ comme chiffre représentant la fréquence de la transmission intra-utérine de l'immunité maternelle acquise au cours de la dernière quinzaine de la grossesse.

Par contre, sur 44 femmes jouissant d'une immunité vaccinale qui remontait à une vaccination pratiquée pendant la première enfance, nous avons constaté que 31 d'entre elles avaient transmis cette immunité. Donc la transmission de l'immunité vaccinale d'acquisition ancienne (première enfance) a eu lieu dans 70 °/₀ des cas, c'est-à-dire avec une fréquence beaucoup plus considérable que l'immunité d'origine récente.

MM. Béclère, Chambon, Ménard et Coulon ont bien montré qu'ici encore la condition nécessaire de la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale était la propriété antivirulente du sérum de la mère, que la femme ait été vaccinée *pendant la grossesse ou dans la première enfance.*

Nous plaçant maintenant sur le terrain de la pratique de la vaccination, nous ferons remarquer en terminant que, ainsi que l'affirmait récemment M. Vinay (1), la grossesse ne peut être regardée comme une contre-indication à la vaccination : nous n'avons observé en effet aucun trouble chez nos vaccinées.

CONCLUSIONS.

1° L'immunité vaccinale existe fréquemment à la naissance. Nous l'avons observée dans une proportion de 61 °/₀.

2° L'immunité vaccinale s'observe presque exclusivement

(1) Vinay : Vaccine et variole au cours de la grossesse. (*Lyon Médical* 25 mars 1900.)

chez les enfants nouveau-nés dont la mère possède elle-même cette immunité.

3° L'immunité vaccinale de l'enfant est due à la transmission intra-utérine de l'immunité de la mère.

4° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale est plus fréquente lorsqu'elle est de date ancienne (première enfance) que si elle est d'acquisition récente (dernière quinzaine de la grossesse). Nous avons observé la proportion de 70 °/₀ dans le premier cas et de 20 °/₀ seulement dans le second.

DE LA CONSERVATION DE LA MORTAISE TIBIO-PÉRONIÈRE ET DE L'ABSENCE DE SUTURE OSSEUSE DANS LES AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED (PROCÉDÉ DE JABOULAY).

Par M. Maurice PATEL,
Interne des hôpitaux de Lyon, Aide d'anatomie à la Faculté.

Mémoire lu à la Société des Sciences médicales de Lyon.

Nous avons vu récemment, dans le service de M. Jaboulay, un malade qui avait subi, il y a trois ans, une amputation partielle du pied, par un procédé déjà pratiqué et exposé pour la première fois par notre maître en 1891. Les résultats fonctionnels que nous pouvons observer chez notre malade, et qui sont définitifs, nous engagent à relater son histoire.

Il s'agit d'un homme, actuellement âgé de 54 ans. Ouvrier, il a eu pendant sa vie de nombreux accidents, notamment un écrasement du genou gauche qui lui laissa un genu valgum des plus marqués.

Il y a douze ans, il fut soigné par le docteur Duchamp, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, pour une lésion des métatarsiens de nature vraisemblablement tuberculeuse ; on lui fit tout d'abord un curettage.

Deux ans après, l'affection gagna le tarse antérieur et le docteur Duchamp pratiqua une amputation de Chopart, avec section de la grande apophyse calcanéenne, suivant le procédé qu'il a décrit dans sa thèse de 1889 ; les résultats de cette opération furent aussitôt et demeurèrent excellents ; le malade n'eut pas d'équinisme primitif ou tardif de son moignon, pas de douleurs au niveau de la cicatrice.

Il y a trois ans, la tuberculose, semblant suivre une marche progressivement ascendante, envahit le tarse postérieur, et c'est alors que le malade entra dans le service de M. Jaboulay.

Une intervention fut décidée. Se servant de l'ancienne incision, M. Jaboulay mit à nu le tarse postérieur; seul l'astragale étant malade, il se contenta d'enlever cet os et de refouler dans la mortaise tibio-péronière laissée intacte le calcanéum sain, laissé lui aussi intact, mais privé de la grande apophyse. Les lambeaux étaient encore suffisamment sains et suffisamment grands; les tendons antérieurs ravivés furent suturés au lambeau plantaire.

Les résultats de l'opération furent excellents, et c'est trois ans après que le malade rentre de nouveau dans le service pour un point très limité d'ostéite de l'extrémité inférieure du péroné qui est actuellement guéri après un grattage léger.

A la vue, le moignon est large au niveau de son point d'appui, il n'est pas conique comme le moignon du Pirogoff; il est comparable au moignon des sous-astragaliennes. La peau est absolument normale, sans ulcération, sans points douloureux, sans troubles de la sensibilité et de la sécrétion sudorale ; même à une forte pression sur le sol, il n'y a pas de douleur ; comme sur un pied normal, le calcanéum est matelassé par l'épais tissu cellulo-adipeux de la région plantaire.

Ce moignon est mobile. Le malade peut lui imprimer de petits mouvements dans le sens antéro-postérieur ; il existe donc une nouvelle articulation.

Cette mobilité ne gêne pas la marche, elle lui donne même une certaine souplesse qui manquerait si le moignon était rigide : l'équilibre sur le moignon amputé est possible.

Le résultat de cette opération est donc des plus satisfaisants ; aussi nous permettrons-nous d'insister sur quelques remarques qui nous ont été faites à son sujet par M. Jaboulay.

Depuis Pirogoff, qui établit un principe, gros de conséquences dans les amputations partielles du pied, la conservation d'une partie du calcanéum laissé adhérent à la peau

de la région plantaire, les procédés se sont multipliés à l'infini. Pirogoff avait en vue un double but, répondant à un double défaut de l'amputation de Syme : d'une part éviter dans la coque talonnière, que produisait l'amputation totale de Syme, la stagnation du pus qui ne pouvait manquer de se produire avant l'ère antiseptique ; d'autre part, fournir à l'amputé un point d'appui solide, le plus physiologique possible, pour ainsi dire.

Pirogoff sectionnait le calcanéum verticalement, puis par des points de suture le fixait aux deux os de la jambe, dont les malléoles étaient sectionnées : il y avait ainsi deux surfaces parallèles avivées qui se soudaient et réalisaient une tige rigide, solide.

Sédillot, Michaelis firent des sections obliques du calcanéum et de la mortaise.

Pasquier et Lefort font la section horizontale du calcanéum et la section des malléoles à la Pirogoff et réalisent ainsi une amputation parfaite.

C'est toujours en s'inspirant des mêmes principes, modifiés par les circonstances cliniques, que Tauber propose de conserver dans le lambeau interne un fragment interne du calcanéum, qui viendrait s'appliquer contre la mortaise sectionnée.

Récemment encore, Faure (*Presse médicale*, 1897) proposait une nouvelle amputation ostéoplastique du pied, dans laquelle l'astragale était sectionné à la partie moyenne et appliqué contre la mortaise sectionnée aussi : l'articulation astragalo-calcanéenne est ainsi conservée.

En somme, dans tous ces procédés, il y a un point commun : c'est la section de la mortaise tibio-péronière ; les auteurs ont tous aussi réuni par des points de suture les deux surfaces osseuses en présence.

Le procédé employé par M. Jaboulay diffère sur ces deux points : les malléoles sont conservées ; les os ne sont pas suturés. Ces modifications semblent présenter des avantages.

A) *Conservation de la mortaise tibio-péronière.* — La conservation des malléoles, comme on peut le voir, n'a pas été faite dans les amputations ostéoplastiques du pied ; cependant Samfirescu cite une opération de Quimby qui, pour

ne pas priver un enfant du cartilage épiphysaire du tibia, avait fait une section verticale du calcanéum à la Pirogoff, et sans rien enlever à la mortaise, avait renversé le segment calcanéen en l'interposant entre les deux malléoles.

En 1891, M. Jaboulay publia dans la *Revue d'orthopédie* l'observation d'un malade chez lequel, pour une gelure des deux pieds, il pratiqua une double amputation par des procédés différents, qui servirent de point départ à la thèse de Le Roux. D'un côté, il pratiqua une désarticulation sous-astragalienne; de l'autre une désarticulation de Syme, avec conservation du calcanéum, sectionné à la Pirogoff et refoulé dans la mortaise laissée intacte. Les résultats furent excellents; mais, comme l'a montré Le Roux, le moignon de ce Pirogoff modifié, conique, était un peu inférieur au point de vue fonctionnel au moignon de la sous-astragalienne.

Dans un autre ordre d'idées, en 1896 (*Lyon Médical*) M. Laguaite proposa pour remédier à l'équinisme tardif de la désarticulation de Chopart, l'ablation de l'astragale et la reposition du calcanéum intact dans la mortaise intacte. M. Laguaite n'a pas pratiqué son opération sur le vivant, mais, comme on le voit, il était parti d'un principe autre que celui qui avait guidé M. Jaboulay.

En 1897, M. Ricard, à la *Société de chirurgie*, au sujet d'une discussion sur les amputations du pied, proposait une nouvelle opération dans les cas où le tarse postérieur était sain, opération qui n'était autre que celle que M. Jaboulay avait nommé simplement un Pirogoff-Sédillot modifié. M. Ricard dit que c'est une désarticulation de Chopart avec astragalectomie (comme l'avait proposé Laguaite), un Pasquier-Lefort sans suture osseuse, ou mieux une désarticulation tibio-calcanéenne.

La même année, Samfirescu (*Rev. chir.*, 1897) décrivait une opération nouvelle, elle aussi, qui n'était autre qu'un Pasquier-Lefort, moins la section des malléoles.

La modification que l'on peut considérer comme seule importante est la conservation des malléoles, autant bien entendu qu'elles ne sont pas atteintes par des lésions.

Les indications de cette conservation sont les mêmes que les indications qui règlent les opérations de Pirogoff et

de Pasquier-Lefort. On pourra, comme l'ont fait remarquer MM. Jaboulay et Ricard, si le lambeau cutané est trop petit pour recouvrir le calcanéum intact, soit sectionner cet os suivant les types Pirogoff ou Pasquier-Lefort, soit lui enlever la grande apophyse ; par l'un de ces procédés on arrivera toujours à recouvrir les surfaces osseuses.

Avantages. — Les avantages de la conservation des malléoles sont de plusieurs ordres :

•Le pied, tout d'abord, est plus solide, la jambe a son squelette intact, et la présence des ligaments tibio-péronéaux inférieurs réunit intimément ces deux os, et il semble que dans ces conditions leur séparation soit impossible.

Au point de vue opératoire, on obtient une simplification. Si on laisse le calcanéum intact, il est facile de séparer l'astragale des os de la jambe, puis du calcanéum ; les blessures vasculaires ne sont pas à craindre ; la durée de l'opération est aussi abrégée. Même si l'on pratique une suture calcanéenne, on supprime toujours une section osseuse, section malléolaire, difficile, délicate, au cours de laquelle on peut blesser les tendons et les vaisseaux.

Enfin le moignon est toujours moins raccourci, ce qui facilite d'autant la marche.

B) *Absence de suture osseuse.* — Dans toutes les amputations ostéoplastiques pratiquées avec section des malléoles, les opérateurs ont fait la suture osseuse. On l'a réalisée par différents procédés : à fils perdus ou extérieurs, à fils d'argent, de catgut, aux crins de Florence (Chalot) ; on a cloué le calcanéum au tibia avec des chevilles d'ivoire, des clous (Villeneuve); Berger se servait d'os de veau aseptisés enfoncés par la région plantaire.

Cette fixation est-elle utile ?

A priori, on pourrait dire que dans les cas de calcanéum sectionné à la Pirogoff-Sédillot, la suture est plus nécessaire que dans le procédé de Pasquier-Lefort, car, dans le premier cas, le tendon d'Achille a plus de tendance à retirer le calcanéum en arrière.

En pratique, même dans ces conditions, la suture est inutile ; ce qu'il importe, c'est de suturer, comme l'a fait M. Jaboulay, les tendons antérieurs au lambeau plantaire. De cette façon, on conserve une fonction, bien limitée il est vrai,

mais suffisante pour prévenir leur atrophie, aux muscles des régions antérieure et externe de la jambe ; le triceps voit son action contrebalacée et l'équinisme est ainsi évité par l'établissement d'une véritable *anse contractile* (Ollier-Jaboulay).

En l'absence de suture, on obtient, soit l'ankylose totale, soit une pseudarthrose.

Les résultats semblent variables : dans sa première observation (1891), M. Jaboulay a obtenu un moignon fixé comme dans un Pirogoff ordinaire, et cependant il s'agissait d'un calcanéum coupé verticalement à la Pirogoff. M. Ricard a obtenu une fois une pseudarthrose fibreuse. Enfin, dans l'observation que nous rapportons, il existe une véritable articulation tibio-calcanéenne.

Une semblable mobilité est-elle préférable à l'ankylose dans les amputations du pied ?

Ici les avis sont partagés. Les premiers opérateurs recherchaient l'ankylose totale, préférant, comme le dit Rioblanc (*Lyon Médical*, 1897), une solidité et une indolence parfaites du moignon.

Le Roux, dans sa thèse, comparant les avantages de la sous-astragalienne et ceux du Pirogoff, fait entrer en faveur de la sous-astragalienne, la conservation de mouvements de l'astragale ; on a là un « pied en minature » qui permet le jeu des muscles et ajoute à la marche une certaine élasticité.

Rioblanc pense que les mouvements du tissu cellulaire autour d'un squelette immobile sont suffisants pour éviter l'atrophie des muscles, s'ils sont suturés au lambeau plantaire.

Mais, pour le second point, seules la désarticulation sous-astragalienne et l'amputation partielle du pied, avec conservation des malléoles, sans suture osseuse peuvent permettre des mouvements dans la suite.

Cette mobilité semble bien avoir préoccupé les chirurgiens, puisque certains ont essayé d'allier les bénéfices du Pirogoff à ceux de la sous-astragalienne, de laisser un moignon calcanéen avec intégrité des articulations astragalienne ou calcanéenne.

C'est dans cette idée que Hanckok a proposé de sectionner

l'astragale et les malléoles, non pas au-dessus de l'articulation, mais un peu au-dessous en ménageant la poulie astragalienne et ses mouvements, et d'appliquer contre cette surface osseuse un calcanéum sectionné à la Pirogoff, opération parfaite en théorie, mais irréalisable.

Dans son amputation, Faure, nous l'avons vu, laisse l'articulation astragalo-calcanéenne intacte, pour permettre quelques mouvements.

En somme, ces procédés très compliqués, ne présentent pas d'avantages. Les mouvements ne seront jamais plus étendus que dans une sous-astragalienne, et dans notre observation ils les égalaient à peu près.

Si maintenant, nous voulons conclure en quelques lignes nous dirons :

1° L'amputation partielle du pied, suivant le procédé de Jaboulay, peut se pratiquer en remplacement du Pirogoff ou du Pasquier-Lefort ; tous les avantages de ces amputations sont conservés. La section du calcanéum, suivant l'un de ces modes, permettra toujours de trouver les lambeaux nécessaires.

2° La conservation des malléoles simplifie l'opération, fournit un point d'appui plus solide au calcanéum, expose moins aux lésions vasculaires, et raccourcit moins le moignon.

3° L'absence de suture osseuse, en même temps qu'elle simplifie encore l'opération, permet, si l'anse contractile d'Ollier est réalisée, des mouvements, empêchant l'atrophie des muscles ; elle présente ainsi un immense avantage que seule peut fournir la désarticulation sous-astragalienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 30 avril 1900. — Présidence de M. Horand.

NÉOPLASME DOUBLE DU PYLORE ET DU RECTUM.

M. Viannay, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Maurice Pollosson. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, entré à l'Hôtel-Dieu dans une

salle de médecine, pour des vomissements durant depuis plusieurs mois et ayant amené un amaigrissement considérable.

Le docteur Chappet, qui examina tout d'abord le malade, diagnostiqua un néoplasme du pylore et admit l'hypothèse d'un second néoplasme sur le tractus intestinal, en raison d'un météorisme assez notable.

Cet homme fut envoyé alors en chirurgie, et M. Tixier lui fit une laparotomie, suivie d'une gastro-entéro-anastomose indiquée par l'existence d'un cancer du pylore.

Depuis cette intervention, les vomissements ont cessé et l'état général s'est amélioré.

Une exploration minutieuse a permis, en outre, de reconnaître la présence d'un petit néoplasme à la partie moyenne du rectum. Vu son volume et vu l'état du malade, M. Pollosson n'a pas cru devoir tenter une seconde intervention; il pense qu'il s'agit là d'une greffe cancéreuse secondaire et rejette l'hypothèse de deux cancers primitifs.

APPAREIL POUR LA STÉRILISATION DE L'EAU DE BOISSON.

MM. Lyonnet et Mérieux présentent un appareil pour la stérilisation de l'eau destinée à la boisson.

M. Monoyer craint que l'aération de l'eau ne soit que théoriquement réalisée par cet appareil. La température de l'eau variant, l'air ne pénétrera pas d'une façon constante.

M. Lyonnet répond que l'air pénétrera au moins à chaque prise d'eau.

DE LA TUBERCULOSE DANS LE PERSONNEL LYONNAIS DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES.

M. Navarre fait une communication sur ce sujet qui sera publiée *in extenso.*

M. Mayet loue le travail de M. Navarre et trouve que les conclusions en sont on ne peut plus légitimes. Il souhaite que dans la construction du futur hôtel des postes l'architecte veuille bien prendre conseil du médecin pour la partie hygiénique.

A propos de la comparaison établie par M. Navarre entre la tuberculose des agents des postes et la tuberculose des soldats, M. Mayet fait remarquer que l'on ne doit point oublier que si la mortalité par tuberculose est aujourd'hui relativement faible dans l'armée, c'est que les médecins militaires ont reçu l'ordre, depuis plusieurs années, d'éliminer les tuberculeux dès que la maladie commence à se manifester ; le triage

s'effectue non seulement au conseil de révision lors de l'incorporation, mais encore pendant toute la durée du service.

Les conclusions du travail de M. Navarre sont votées à l'unanimité.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon

Séance du 4 avril 1900. — Présidence de M. Vallas.

ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Son président M. Lannois cède le fauteuil à M. Vallas, président pour l'année 1900-1901.

Il rappelle dans une allocution les travaux de l'année qui vient de s'écouler, souhaite la bienvenue aux nouveaux membres, et constate avec satisfaction que tous les anciens restent debout. Aucune mort n'est enregistrée pendant l'année 1899-1900. La Société s'est adjoint des membres parmi les internes des hôpitaux. Ce concours est particulièrement apprécié.

M. Vallas, nouveau président, remercie la Société du grand honneur qu'on lui fit en l'appelant à la présidence. Cet honneur est d'autant plus beau, dit-il, que parmi les Sociétés scientifiques lyonnaises, la Société des sciences médicales occupe le premier rang par le nombre et la qualité de ses membres, par le nombre et l'importance de leurs travaux. La collaboration des internes des hôpitaux met en valeur les richesses cliniques accumulées dans les hôpitaux. Aucune assemblée médicale de Paris même ne pourrait lutter, à ce point de vue, contre les présentations de notre Société.

GOITRE BASEDOWIFIÉ ; ÉNUCLÉATION INTRA-GLANDULAIRE ; ATROPHIE DE LA TUMEUR ; DISPARITION DU SYNDROME DE BASEDOW.

M. Patel, interne des hôpitaux, présente une malade opérée récemment par M. Jaboulay, pour un goitre kystique amenant le syndrome de Basedow.

Il s'agit d'une femme, âgée de 44 ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur thyroïdienne, ayant débuté il y a un an, au moment de la ménopause. A cette époque, il survint, au niveau de la région cervicale, à la face antérieure, une tumeur d'abord peu volumineuse, qui augmenta progressivement de volume, sans amener de troubles fonctionnels marqués.

C'est au mois de septembre seulement, il y a six mois, que

des palpitations de cœur survinrent, très fréquentes, très pénibles pour la malade. En même temps, des phénomènes nerveux apparurent ; la malade devint très impressionnable, changea de caractère, et se mit à trembler fréquemment.

Il y a un mois, le goitre augmenta de volume, surtout en un point bien localisé ; une petite tumeur, du volume d'une noix, se forma, et les phénomènes précédents s'accusèrent davantage.

A son entrée, la malade a l'aspect d'une basedowiennne. La tumeur thyroïdienne est très développée, au milieu et latéralement ; les sterno-mastoïdiens sont refoulés latéralement par les lobes hypertrophiés, et sur cette masse, au niveau de la face antérieure, un peu à gauche, se détache une grosseur fluctuante, non douloureuse. Le goitre est rénitent dans son ensemble, un peu mobile, non érectile.

Pas de troubles de compression du récurrent.

Le tremblement est manifeste quand on fait écarter les doigts ; il semble même généralisé à tout le corps ; la tachycardie est très prononcée ; 130 pulsations à la minute.

Pas de troubles respiratoires ; pas de spasme du phrénique.

Le système nerveux est profondément modifié ; la malade accuse une sensation de chaleur exagérée ; elle est même obligé d'ouvrir les fenêtres pendant la nuit, dit-elle, parce qu'elle a trop chaud.

L'exophtalmie n'est pas très marquée ; les yeux sont vifs, brillants ; il n'y a pas de signe du côté de la musculature oculaire.

Les urines sont normales. Pas de température.

L'opération pratiquée par M. Jaboulay consista à enlever sans anesthésie la petite tumeur kystique médiane. Les suites furent, on le conçoit, des plus simples.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est de suivre les modifications éprouvées par la malade et constatées du côté du goitre.

1° Du côté du goitre, on remarqua que la tumeur avait diminué énormément en quelques jours. Ce phénomène est déjà connu depuis longtemps ; tandis que les autres organes, comme le rein, sont capables de se reproduire, après des ablations partielles, tout au moins de s'hypertrophier, comme l'ont montré Albarran (*Tribune médicale*, 1899), sur des

reins cancéreux ou uronéphrotiques et avant lui Tuffier, sur des chiens en expérience, le corps thyroïde s'atrophie après des extirpations partielles; c'est cette idée qu'avait eue M. Jaboulay lorsqu'il proposa et pratiqua son exothyropexie.

2° Du côté de la malade, le syndrome basedowien a presque disparu, en même temps que le goitre diminuait; le tremblement a cessé, la tachycardie et les phénomènes nerveux ont cessé.

Ainsi donc, dans ce cas de goitre basedowifié, une intervention partielle a suffi pour amener l'atrophie partielle du goitre, et parallèlement à elle, la diminution du syndrome basedowien.

M. Mouisset. Depuis combien de temps datent les symptômes basedowiens ?

M. Patel. Ils ont débuté avec le goitre, au mois de septembre 1899.

M. Mouisset a vu des faits de goitre ancien avec poussées donnant des symptômes de Basedow, c'est-à-dire des goitres basedowifiés, qui guérirent spontanément. Dans le service de Daniel Mollière le drainage capillaire a amélioré plusieurs goitres exophtalmiques.

M. Pic. Chez le malade de M. Jaboulay, sur les quatre signes cardinaux de la maladie de Basedow, deux persistent : la tachycardie, le tremblement. Le goitre lui-même a peu diminué.

Il faut, dans ces cas, se méfier du rôle de la suggestion dans l'amélioration des phénomènes. Il a eu l'occasion de suivre une malade qui, après la sympathicectomie, fut considérée comme guérie, mais les symptômes réapparurent.

L'observation de M. Patel n'a pas été assez longuement suivie pour parler d'amélioration.

M. Vallas. M. Jaloulay a-t-il renoncé à la sympathicectomie et à l'exothyropexie ?

M. Patel. Il ne pratique plus l'exothyropexie, il réserve la sympathicectomie au goitre exophtalmique vrai.

Le Secrétaire adjoint, X. Delore fils.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 1er mars 1900. — Présidence de M. Fochier.

CANCER DU COL UTÉRIN AU COURS D'UNE GROSSESSE DE 5 MOIS; HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

M. Auguste Pollosson présente la malade âgée de 21 ans qu'il a opérée au cours de sa troisième grossesse. En juin

1899 apparition de quelques pertes rouges en dehors des règles, ces pertes augmentent et deviennent inquiétantes. La malade entre dans le service de M. Laroyenne suppléé par M. Condamin. Celui-ci diagnostique le cancer et décide une hystérectomie abdominale, mais en examinant la malade anesthésiée il constate une grossesse de deux mois et demi environ, renonce à l'intervention, et pratique sur le col des cautérisations au chlorure de zinc. Les hémorragies ne tardent pas à reparaître et la malade entre très amaigrie et souffrant beaucoup dans le service de M. Pollosson. Celui-ci en présence de ces douleurs excessives et après avoir exposé la situation au mari et obtenu son assentiment se décida à pratiquer l'hystérectomie abdominale. Après avoir lavé le vagin, pratiqué un curetage soigné, fait une péritomie vaginale qu'il dut limiter au cul-de-sac postérieur, il fit l'ouverture abdominale et enleva l'utérus et son contenu. Au cours de l'opération la vessie fut ouverte et suturée; drain abdomino-vaginal, Mickulicz, réunion de la partie supérieure de la plaie abdominale, suites simples.

La mortalité dans les cas de grossesse, avec cancer du col, livrée à elle-même est énorme, et sur 126 cas recueillis par Cohnstein, 72 femmes sont mortes pendant l'accouchement ou les suites de couches, et 42 enfants seulement sont nés vivants. D'autre part, les méthodes palliatives, curetage, cautérisation du col, créent un tissu cicatriciel cause de dystocie. Dans ces conditions l'hystérectomie totale par la voie vaginale avant quatre mois, par la voie abdominale, après cette date, paraît donc une opération légitime et indiquée. Si l'opération est faite à sept mois au plus il faut inciser l'utérus et tenter de sauver l'enfant, mais à cinq ou six mois il vaut mieux ne pas ouvrir l'utérus pour éviter une cause possible d'infection.

La mortalité est presque nulle pour les hystérectomies vaginales pratiquées avant quatre mois, au-delà il y a eu 4 morts sur 12 cas.

Il est à noter que la sécrétion lactée s'est produite nettement dans le fait de M. Pollosson, d'où il résulte que cette sécrétion est mise en jeu par l'interruption même de la grossesse, et non par une sécrétion utérine interne.

MASSAGE DANS PLUSIEURS CAS DE FRACTURE DE L'AVANT-BRAS.

M. RUOTE présente trois malades traités par le massage sans aucune immobilisation avec bon résultat. Il reviendra sur ce sujet dans la discussion qui doit s'ouvrir prochainement.

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DE LORENZ.

M. NOVÉ-JOSSERAND présente de nouveau une malade opérée il y a dix mois pour montrer la perfection et la persistance du résultat.

PSEUDO-HYDRO-NÉPHROSE TRAUMATIQUE.

M. NOVÉ-JOSSERAND rapporte le fait rare d'un épanchement urineux périrénal formant tumeur et pris, avant l'opération, pour une péritonite tuberculeuse localisée avec épanchement. Les antécédents urinaires que la famille ne signalait pas, ne furent relevés qu'après que l'opération eut donné le diagnostic exact. La malade, âgée de 8 ans 1/2, tombe de voiture, il y a six semaines, perd connaissance ; deux heures après l'accident quelques traces de sang dans les urines. Amenée à la Charité dans le service de M. Rabot, elle présente un peu de dysurie, parfois des traces de sang dans les urines et une tumeur du flanc gauche. La malade est envoyée dans un service de chirurgie, et M. Nové-Josserand constate une tumeur volumineuse, lisse, régulière, immobile, mate, donnant dans le sens antéro-postérieur une sensation nette de flot. Des coliques intestinales assez vives peuvent s'expliquer par la compression exercée sur les anses de l'intestin.

Laparotomie. Incision sur le bord externe du muscle droit ; après ouverture du péritoine on voit que le côlon descendant est refoulé et comprimé par la tumeur ; la ponction donne un liquide clair ; marsupialisation et ouverture de la poche ; il s'écoule environ trois litres de liquide. La poche était formée de plusieurs couches dont la plus interne assez épaisse avait une coloration gris cendré, une surface lisse ressemblant assez à une muqueuse, mais que l'examen histologique a montré être formée uniquement de tissu conjonctif. Le bord du rein put être nettement senti dans le fond de l'incision.

Il s'agit donc ici d'un de ces cas déjà signalés par Monod, puis par Tuffier et Lévy. La malade avait été amenée pour des troubles digestifs et pour sa tumeur et on n'attirait nullement l'attention sur les troubles urinaires. Une lésion peu étendue du rein avait permis à l'urine de se répandre et de former poche dans le tissu cellulaire sans qu'il y eût dilatation des voies urinaires profondes, sans qu'il y eût hydronéphrose vraie. Le liquide renfermait 1 gr. 60 d'urée par litre.

Séance du 8 mars 1900. — Présidence de M. Fochier.

ANGIOME DU BORD SUPÉRIEUR DE L'ORBITE ; ENVAHISSEMENT DE LA PAUPIÈRE ET DU REPLI SEMI-LUNAIRE.

M. Aurand présente la malade âgée de 8 ans. La tumeur existait à la naissance, mais s'accroît depuis un an et atteint le volume d'une noix. Pas de changement de couleur de la peau. Globe un peu abaissé, pas d'exophtalmos. Tumeur sans battement ni souffle ; la pression ne la réduit pas et ne provoque aucun symptôme cérébral. L'augmentation de volume de la tumeur, la vascularisation de la paupière, celle bien plus accentuée de la conjonctive, joints aux autres signes, font admettre qu'il s'agit d'un angiome, et non pas d'une méningo-encéphalite ou d'un kyste dermoïde. On peut craindre une propagation de la télangiectasie aux vaisseaux orbitaires, ce qui rendrait une opération grave par possibilité d'une hémorragie.

OSTÉO-SARCOME COSTAL ; PROPAGATION A LA PLÈVRE ET AU POUMON ; RÉSECTION DE DEUX CÔTES ET D'UN FRAGMENT DU POUMON.

M. Vallas présente la pièce anatomique provenant d'un malade âgé de 19 ans. La tumeur assez volumineuse, saillante, allongée selon la direction des côtes, avait une consistance ferme. Le diagnostic fut celui d'ostéo-sarcome costal avec quelque réserve pour la tuberculose. L'incision de la tumeur pratiquée avant son ablation confirma le diagnostic de sarcome. Dissection large, section des deux côtés en avant et en arrière, décollement prudent d'avec la plèvre.

A un moment donné, rencontre d'une adhérence de la di-

mension d'une pièce de un franc et constatation de la propagation du néoplasme à la partie superficielle du poumon. En profitant de la saillie que faisait le poumon pendant l'expiration, M. Vallas put avec les doigts pédiculiser la lésion sans ouvrir la plèvre, appliqua sur la base une longue pince à hystérectomie, puis une seconde pince pour bien comprendre tout le pédicule, et sectionner au devant. L'excision totale eut lieu ainsi, sans que l'air extérieur communiquât un seul instant avec la cavité pleurale et dès lors sans production de pneumothorax ; suites simples, malgré la gêne apportée au décubitus du malade par la présence des deux pinces laissées dans le pansement. Le néoplasme avait bien réellement envahi une couche superficielle du poumon.

Après argumentation de MM. Gangolphe, Fochier et Condamin, M. Vallas dit qu'il se propose de laisser les pinces à demeure jusqu'à adhésion solide des deux feuillets de la plèvre.

DEUX OBSERVATIONS DE KYSTES DU PANCRÉAS.

M. Gangolphe rapporte deux observations de kyste du pancréas traitées par la marsupialisation, l'extirpation complète étant impossible. Les deux malades ont guéri après avoir présenté une fistule pendant quelques semaines.

Dans le premier cas traité déjà par MM. Pollosson et Jaboulay qui n'avaient pu terminer l'extirpation de la poche, M. Gangolphe tenta cette extirpation ; mais le soulèvement de la partie profonde du kyste attirait l'aorte, et dut se contenter d'une excision partielle ; fistule temporaire qui ne tarda pas à se fermer.

Dans le second cas, la profondeur de la poche, sa friabilité, le voisinage d'énormes vaisseaux s'opposaient également à une décortication totale. Comme dans le premier cas, M. Gangolphe dut marsupialiser après résection partielle. La fistule consécutive dura plusieurs mois et finit par se fermer. Le diagnostic avait hésité entre une hydronéphrose et un kyste de la rate. L'insufflation de l'estomac peut aider au diagnostic, car d'après Bœckel les kystes du pancréas sont les seuls à se développer en arrière de l'estomac.

La ponction expose à la récidive, l'extirpation totale est grave, souvent impossible, la marsupialisation paraît être le

traitement de choix ; dans une statistique de Bœckel elle a donné 21 guérisons sur 26 cas.

M. Durand pense que l'insufflation de l'estomac permettrait difficilement de distinguer un kyste du pancréas d'un kyste de la rate.

Séance du 15 mars. — Présidence de M. Fochier.

ANKYLOSE DU COUDE COMPLIQUÉE DE SYNOSTOSE RADIO-CUBITALE, NÉARTHROSE LACHE OBTENUE PAR LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE INTERROMPUE.

M. Ollier vient compléter l'histoire du malade présenté à la séance du 15 février et opéré, il y a deux ans, à l'âge de 17 ans. Ce malade, à la suite d'une ostéomyélite aiguë du radius à l'âge de 15 ans avait gardé une ankylose du coude en extension et en supination. L'ankylose portait à la fois sur l'articulation huméro-cubitale et sur la radio-cubitale. Le squelette était profondément altéré, le radius augmenté de volume et uni en apparence au cubitus sur une assez grande étendue par des ostéophytes volumineux. M. Ollier pratiqua une résection osseuse large, enleva 3 centimètres de l'humérus et environ 2 centimètres de l'avant-bras, puis, par deux sections successives, tenta de libérer l'extrémité supérieure du radius et ne put y parvenir. Il pratiqua alors une large interruption périostique et dirigea le traitement ultérieur de façon à obtenir une mobilité suffisante. Le résultat obtenu est bon, en effet, malgré la fusion de la partie supérieure des os de l'avant-bras. Les mouvements d'extension et de flexion y sont très étendus, la pronation est presque normale et la supination très suffisante ; le sujet peut porter 11 kilogs à bras tendu, faire tous les travaux des champs et faucher toute une journée.

M. Fochier fait remarquer combien on peut avoir de laxité dans les néarthroses sans que la solidité et la fonction soient compromises.

M. Ollier pense qu'il faut viser à reproduire des ginglymes parfaits, sauf à obtenir ce qu'on peut. Certaines publications, et en particulier le livre de Gurlt montre des membres ballants dont la chirurgie lyonnaise ne serait point satisfaite.

KYSTES GLANDULAIRES DU PANCRÉAS.

M. Bérard rappelle le malade traité par lui dans le service de M. Poncet par laparotomie, incision et drainage du

kyste, et présenté guéri à la Société des sciences médicales en décembre 1899. Ce malade présentait une saillie péri et sus-ombilicale, des crises gastriques douloureuses et des vomissements ayant leur maximum deux à trois heures après le repas. Les reins, le foie, la rate, paraissaient sains. L'insufflation de l'estomac confirma le diagnostic posé de kyste du pancréas. Le tympanisme de l'estomac distendu empiétait en effet sur la tumeur en haut et à droite et remplissait tout l'hypochondre gauche, ce qui n'eût pas lieu avec un kyste de la rate. L'incision et le drainage après fixation à la paroi abdominale constituent, en effet, comme l'a dit M. Gangolphe, le traitement de choix.

REVUE DES LIVRES

De la spécificité de la botryomycose, étude bactériologique et anatomo-pathologique, par le docteur A. Spick, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Thèse de Lyon, 1900.

C'est sous l'habile direction du docteur L. Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, qui a mené à bien cet important travail.

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Il existe dans les champignons de castration, dits botryomycosiques, des masses mûriformes que l'on a appelées des *botryomyces*. Les mêmes masses mûriformes se trouvent dans les tumeurs, décrites par MM. Poncet et Dor sous le nom de botryomycose humaine.

Dans les cultures faites avec ces tumeurs, le parasite apparaît comme un coccus cent fois plus petit : il présente beaucoup d'analogie avec les staphylocoques pyogènes doré et blanc, et on l'a appelé *botryocoque*.

Le botryocoque ressemble en effet aux microbes du pus, par son volume, sa coloration jaunâtre, ses réactions avec les matières colorantes et sa façon de se comporter vis-à-vis du Gram. Comme eux, il apparaît sous forme, soit de cocci libres et séparés, soit de diplocoques, et il peut surtout présenter cet aspect de grappe irrégulière qui a fait donner au coccus pyogène son nom de staphylocoque.

Les cultures de botryocoque présentent beaucoup des *ca-*

ractères extérieurs des cultures du staphylocoque. En effet, ces deux parasites poussent identiquement sur agar, sur pomme de terre, sur bouillon et sur sérum. Tous deux caillent le lait de la même façon, ne produisent pas d'acide carbonique en milieu sucré et donnent une réaction acide aux milieux nutritifs dans lesquels ils ont poussé.

Le botryocoque diffère pourtant du staphylocoque par sa façon de pousser dans les cultures en piqûre sur gélatine, où il provoque une liquéfaction en *forme de tulipe* tout à fait caractéristique. Il a un pouvoir liquéfiant de la gélatine beaucoup plus faible. Il liquéfie celle-ci en la laissant *claire* et *limpide*, et provoque à sa surface la formation d'une *pellicule* composée d'amas de microcoques. Les cultures dégagent une odeur rafraîchissante bien différente de l'odeur du lait aigri que leur donne le staphylocoque. Enfin la *culture sur gélose, jaune d'or à* 30°, *devient blanche à* 37° *:* c'est là un caractère différentiel très net.

L'expérimentation entreprise sur les petits animaux de laboratoire n'a pu mettre en évidence aucune différence d'action caractéristique entre les microcoques en question.

L'expérimentation entreprise sur les chevaux a démontré que le botryocoque et le staphylocoque sont tous deux pyogènes. Mais jamais le staphylocoque n'a produit de grains jaunes dans le pus, jamais il n'a provoqué la formation d'une néoplasie botryomycosique.

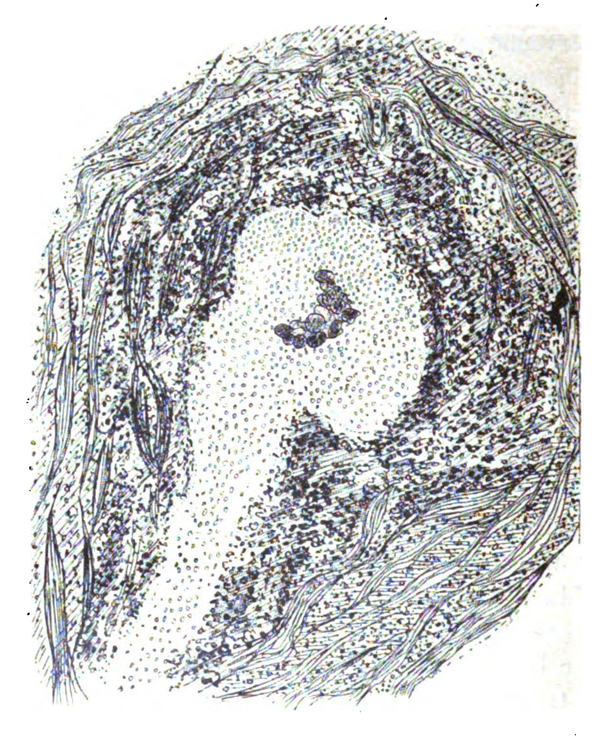
Le botryocoque seul a un pouvoir botryogène chez cet animal; seul il donne du pus avec des grains jaunes, seul il provoque l'apparition de néoplasies caractérisées par la présence de masses mûriformes.

La tumeur provoquée par le botryocoque est constituée suivant le type des fibro-adénomes. Son *origine est nettement glandulaire*, et pour rappeler qu'il s'agit d'une néoplasie inflammatoire et non d'une tumeur vraie, nous croyons qu'il est bon de conserver le nom de *fibro-adénose*, proposé par M. le docteur Dor.

Pour bien rappeler l'origine botryomycosique de ces néoplasies inflammatoires d'origine glandulaire, il vaudrait mieux les appeler : « fibro-adénose sudoripares ou épididymaires » en ajoutant le qualificatif « botryomycosiques ».

La néoplasie botryomycosique est caractérisée par la pré-

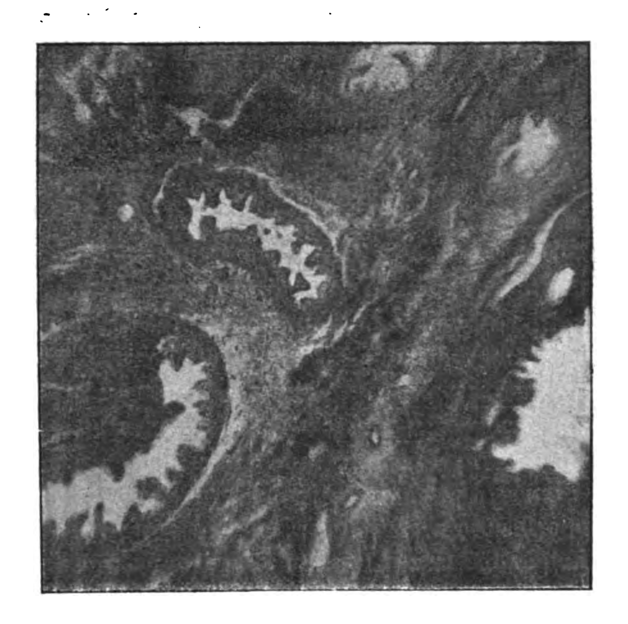
sence de botryomyces, dont la réunion forme le grain jaune. On ne peut affirmer actuellement la nature du botryomyces ; il y autant d'arguments en faveur de sa nature parasitaire, qu'en faveur de sa formation aux dépens des tissus.



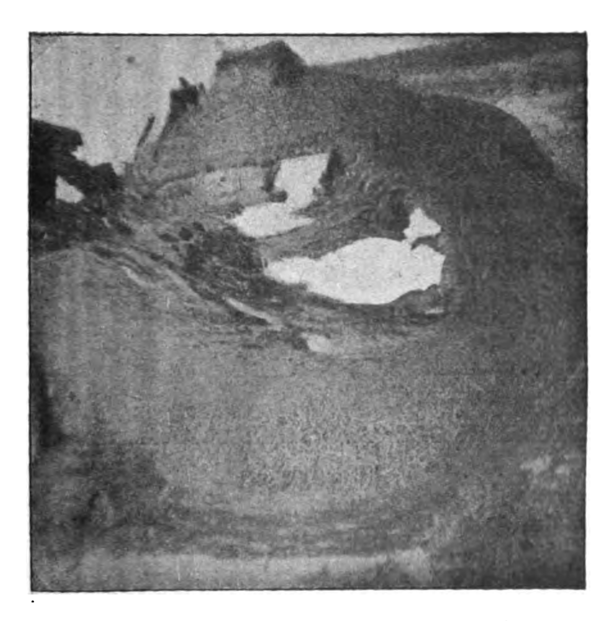
Botryomyces obtenu par inoculation sous-cutanée de botryocoque chez le cheval. Zeiss. ocul. II. Obj. A.

Le botryocoque manifeste sa présence dans les tissus du cheval et de l'homme, par la formation de botryomyces ; il diffère nettement des staphylocoques pyogènes doré et blanc. Pour toutes ces raisons, nous disons que le botryocoque est un *coccus spécifique*.

Il existe une botryomycose humaine, au même titre qu'une botryomycose équine.



Début de la prolifération épididymaire. (Grossissement : 45 diamètres.



Un canalicule épididymaire très hypertrophié, avec coagulation intra-canaliculaire et formation fibreuse péri-canaliculaire. (Grossissement : 45 d.)

[illegible]

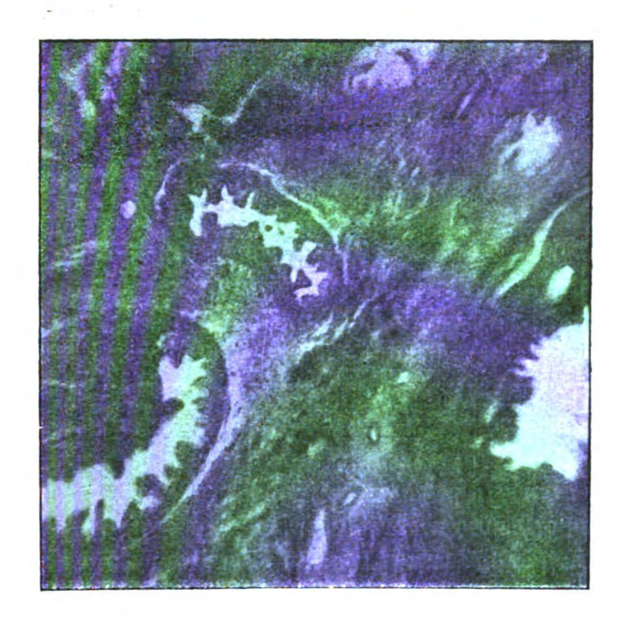


[illegible] chez le cheval.

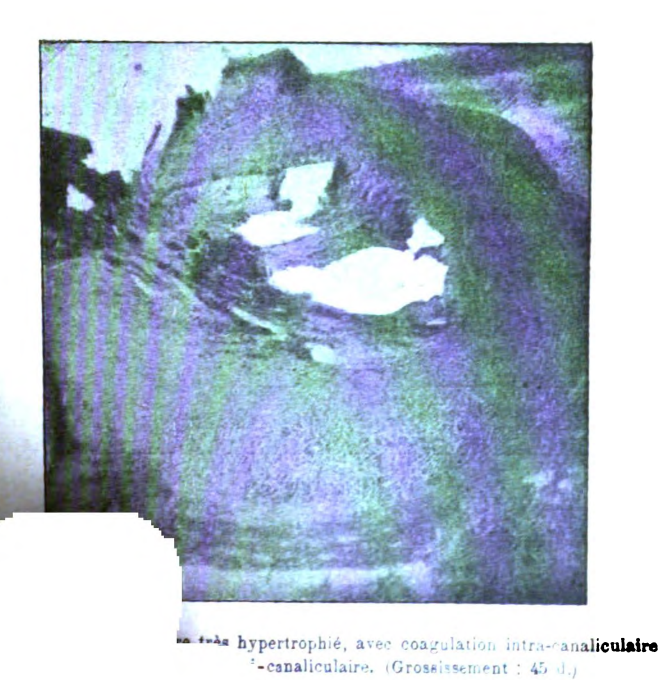
[illegible]

Le botryocoque manifeste sa présence dans les tissus du cheval et de l'homme, par la formation de botryo[illegible]yces ; il diffère nettement des staphyl[illegible]es pyogènes doré[illegible] et blanc. Pour toutes ces raisons, n[illegible]ns que le botryo[illegible] est un coccus spécifique.

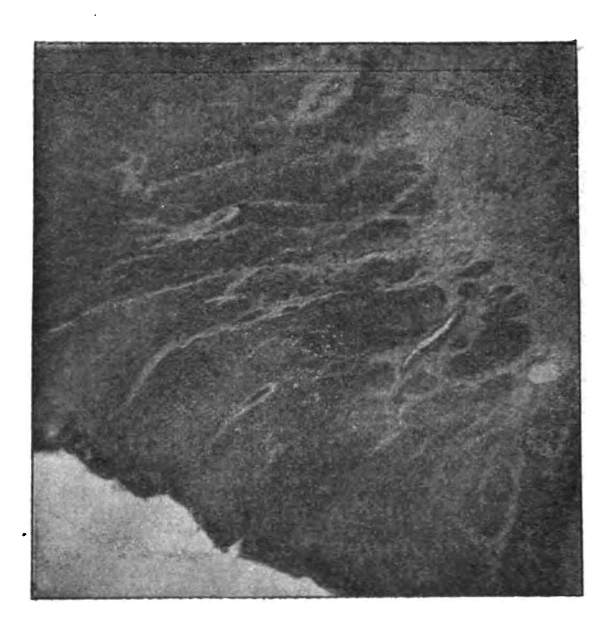
Il existe une botryomy[illegible]ine, au mêm[illegible] botryomycose équine.



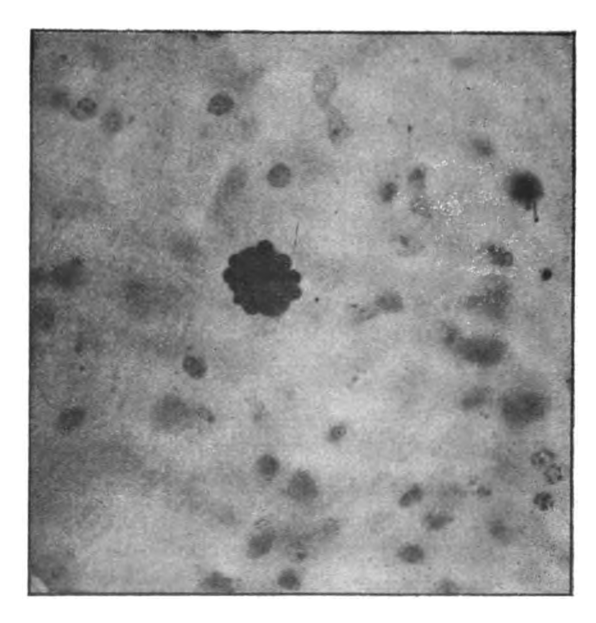
Début de la prolifération épididymaire. (Grossissement : 45 diamètres.



... très hypertrophié, avec coagulation intra-canaliculaire
...-canaliculaire. (Grossissement : 45 d.)



Paroi d'un canalicule montrant que le tissu fibreux de la tumeur provient de la paroi même du canalicule. On reconnait encore la lumière du canal et l'orientation des fibres. De là au fibrome, il n'y a qu'un pas. (Grossissement : 45 d.)



Un botryomyces dans la partie épithéliale glandulaire d'un botryomycome. Coloration par la méthode de Gram. (Grossissement : 600 d.)

REVUE DES JOURNAUX

La médication bromurée dans l'épilepsie. — M. Maurice de Fleury donne dans le traitement de l'épilepsie la préférence à la solution polybromurée : 2 parties de bromure de potassium et de sodium et 1 partie de bromure d'ammonium. Il croit que les doses quotidiennes nécessaires pour modérer les crises seront moindres si on les associe à l'emploi de l'hydrothérapie, ou mieux encore aux injections quotidiennes d'une solution stérilisée de phosphate de soude ou de chlorure de sodium à 4 °/₀.

Il est d'avis de donner le bromure au moment des repas et par fractions si le malade prend des crises n'importe à quelle heure du jour ; si les accès sont nocturnes, il est préférable de donner la dose entière en une seule fois au moment du sommeil.

Il est de règle, ajoute M. Maurice de Fleury, que les injections améliorent de la manière la plus nette le catactère des comitiaux et leur état mental. Presque tous les malades sont devenus moins tristes, moins paresseux et moins colères, d'esprit plus ouvert, d'intelligence plus lucide. C'est le contraire qui arrive quand on fait usage du bromure à hautes doses.

Il n'est pas nécessaire de prolonger indéfiniment l'action stimulante de l'injection saline sur le système nerveux, trois à quatre semaines suffisent. On les remplace par des frictions sèches, des bains salés, du massage, et l'on diminue en même temps les doses de la solution polybromurée. (*Bul. de thér.*, 15 avril 1900.)

Un essai d'alimentation par le sucre dans l'armée allemande. — M. Leitenstorfer, médecin militaire allemand, a eu l'idée de faire sur les hommes de troupe un essai d'alimentation par le sucre. Il a fait d'intéressantes observations dont nous mettons les conclusions sous les yeux du lecteur.

L'absorption quotidienne de 50 à 60 grammes de sucre, en plus de l'alimentation ordinaire, a une influence très heureuse sur la faculté de travail du soldat. Les hommes sou-

mis à ce régime ont un nombre de respirations et de pulsations inférieur à celui des autres ; ils augmentent de poids. Le sucre augmente l'énergie de tous les organes qui travaillent, en particulier du muscle et du cœur.

Au point de vue pratique, trois points sont établis : d'abord les hommes prennent volontiers le sucre et ils le supportent bien ; ensuite le sucre calme la faim et la soif et permet de les supporter plus facilement. Enfin son absorption rapide est un remède sûr contre la fatigue, la faiblesse et l'épuisement.

Cette dernière remarque est chose précieuse pour le médecin militaire. Le sucre devient pour lui un remède contre la neurasthénie due à la faim ; il peut lutter efficacement contre l'épuisement consécutif à la marche, au coup de chaleur.

Il serait donc utile et pratique d'introduire le sucre dans l'alimentation et l'approvisionnement du soldat, soit comme addition à la nourriture quotidienne pour en augmenter la valeur nutritive, soit comme vivre de réserve dans les forteresses, bateaux, etc., soit comme fortifiant temporaire en marche pour les hommes fatigués.

Les hommes mis en expérience, pour la plupart, le suçaient en avalant des gorgées d'eau, d'autres buvaient de l'eau sucrée. (*Presse méd. de Paris*, 25 avril 1900.)

Des abcès de fixation chez le cheval. — M. Ball, dans une communication à la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche, fait connaître les résultats qu'il a obtenus pendant dix ans des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. L'auteur a eu recours aux abcès de fixation dans le traitement de toutes les maladies inflammatoires graves, lorsque la température persistait, malgré un traitement énergique. Il les a provoqués dans 280 cas de pneumonie, broncho-pneumonie, pleuropneumonie, pleurésie et angines gourmeuses graves. Il fait passer sous les yeux de la Société 20 courbes de température.

Huit fois sur dix, M. Ball a constaté dès le deuxième ou le troisième jour après l'injection, un abaissement de température d'un degré et demi, abaissement qui n'a fait que s'accentuer jusqu'à la convalescence, en même temps tous les

autres symptômes s'amendaient. Dans deux cas très graves, la température est remontée à 40 degrés quatre jours après l'injection, aussi est-il d'avis en pareil cas de provoquer de nouveaux abcès. Sur un total de 280 cas de maladies de poitrine graves, 23 chevaux sont morts, ce qui fait 8,2 pour 100, moyenne très inférieure aux pertes généralement obtenues dans ces maladies.

M. Ball n'a pas toujours employé l'essence de térébenthine stérilisée, comme le conseille le professeur A. Fochier, et semble avoir le plus souvent injecté l'essence de térébenthine du commerce à la dose de trois à quatre grammes. Aussi les résultats immédiats ont été bien différents; avec l'essence bouillie, les abcès ont été beaucoup moins gros, quelquefois même ils étaient pour ainsi dire avortés, restaient très limités, tandis qu'avec l'essence de térébenthine ordinaire, il a toujours eu des abcès très volumineux, donnant beaucoup de pus (souvent plus de deux grands verres par la ponction). Il tenait en suspension des filaments blanchâtres quelquefois très longs, souvent de l'épaisseur du petit doigt, très denses et qui ne sont autres que du tissu conjonctif nécrosé en masse. (*Bul. de la Soc. médico-chir. de la Drôme*, 1er mai 1900.)

Ce processus nécrobiotique serait peut-être moins bien supporté par l'homme. Aussi vaut-il mieux employer l'essence de térébenthine bouillie, dût-on multiplier les abcès de fixation dans les cas graves.

Contagiosité directe de la fièvre typhoïde. — Le médecin sanitaire J. Priestley a étudié l'origine et le mode de propagation de trois endémies de fièvre typhoïde et a trouvé que la contagion par contact direct ou indirect était plus fréquente qu'on ne le croyait jusqu'à présent. Dans les cas cités par l'auteur, on a pu éliminer l'infection par le lait, l'eau et toute autre boison, de sorte qu'on a été conduit à admettre la contamination par les vêtements, les aliments du malade ou un autre mode de contagion directe ou indirecte. (*Brit. med. J.*, 6 janv. 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

COAGULATION DU LAIT ET PHÉNOMÈNE THERMIQUE.

Par MM. M. Chanoz et M. Doyon.

(*Travail du Laboratoire du professeur Morat.*)

I. — *But du travail.* — Qu'on l'envisage comme un phénomène chimique ou comme un phénomène physique, la coagulation du lait met en jeu une certaine quantité d'énergie; cela ne fait doute pour personne. Mais quelles sont les diverses modalités de cette énergie? Quelle est leur importance? Dans cette recherche préliminaire nous avons eu pour but : 1° de rechercher si la coagulation du lait est accompagnée d'un phénomène thermique notable; 2° d'en fixer la limite supérieure.

II. — *Principe de la méthode employée.* — Dans le lait plonge un thermomètre sensible; on provoque la coagulation et on observe le thermomètre. Si l'on admet que la quantité de chaleur dégagée dépend des états initial et final seulement, des considérations théoriques amènent à conclure que l'*élévation de température sera d'autant plus grande que la coagulation sera plus rapide.* Pour réaliser à ce point de vue les conditions les plus favorables, nous avons toujours opéré au-dessus de 30° en nous servant comme agents coagulants réunis de : présure et de traces de $CaCl^2$.

III.—*Dispositif expérimental.* Toutes nos expériences ont été exécutées dans la grande chambre-étuve de M. Arloing. L'appareil était placé au milieu de la pièce et on ne pénétrait dans l'étuve qu'au moment propice. Nous n'avons jamais observé au milieu de la chambre de variations de température de l'étuve supérieures à 0°,50 pendant plusieurs heures.

A) *Vase à coagulation.* — Un vase en cristal mince de 10 centimètres de haut et 7 centimètres de diamètre est rempli de lait frais de vache, additionné de quelques gouttes d'une solution de $CaCl^2$. Ce vase est fermé par un bouchon de liège paraffiné de 1 centimètre d'épaisseur environ ;

trois ouvertures sont ménagées dans ce bouchon. Dans l'une passe un thermomètre gradué au 1/10e de degré qui descend au centre de la masse liquide. Un petit entonnoir à robinet contenant une quantité connue de présure s'engage dans la deuxième ouverture. La troisième livre passage à la tige d'un agitateur formé d'une couronne circulaire en toile métallique.

Ce système est abandonné dans l'étuve pendant 2 heures environ ; des agitations fréquemment renouvelées favorisent l'équilibre thermique entre le lait et l'étuve. Après ce laps de temps, le vase à coagulation est introduit dans l'enceinte isolante.

B) *Enceinte isolante.* — Une caisse en bois de 10 litres environ renferme côte à côte deux vases cylindriques en grès ; l'intervalle est rempli de sciure de bois. Chaque vase en grès reçoit un vase en verre ; ce récipient en verre, à son tour, en contient un troisième qui constitue l'enceinte immédiate où l'on introduit le vase à lait. Tous ces récipients sont séparés les uns des autres par du coton. L'enceinte isolante est maintenue constamment dans l'étuve et recouverte avec du coton et du carton.

c) *Lecture des thermomètres.* — Une lampe électrique, constamment allumée, est installée dans l'étuve. Une lunette viseur placée hors de l'étuve à 1 m. 20 environ du dispositif est braquée à travers une petite ouverture pratiquée dans la fenêtre de la chambre. Les thermomètres sont gradués en 1/10es de degré. Pour certaines positions du ménisque on peut apprécier le 1/50e de degré ; couramment on apprécie très sûrement le 1/30e de degré.

IV. — *Marche d'une expérience.* — L'agitation du liquide amène une élévation rapide, persistante, d'une fraction de 1/10e de degré. Après une agitation prolongée une nouvelle agitation est sans action. A partir de ce point la température se maintient constante sans agitation pendant au moins 15 minutes.

Ce résultat obtenu, on ouvrait le robinet : la présure arrivait dans le liquide, on agitait et l'opérateur sortait de la chambre. Pendant cette opération d'une durée de 10 à 15 secondes on observait une élévation de l'ordre de 2 à 6 cen-

tièmes de degré. Puis on faisait des pointés toutes les minutes pendant 10 à 20 minutes suivant le cas. On vérifiait ensuite que le lait était parfaitement caillé.

V. — *Conclusion* — La coagulation du lait s'opérant vers 32° sous l'action combinée de la présure et d'une petite quantité de $CaCl^2$ ne s'accompagne pas d'un phénomène thermique sensible; s'il existe, le phénomène est inférieur à 1/30e de degré centigrade.

VARIÉTÉS

Société nationale de médecine de Lyon (séance du 7 mai 1900). — M. Bonnet présente des pièces anatomiques provenant d'un diabétique mort le 26 avril dans le service de M. Lépine, et ayant présenté des phénomènes d'oblitération artérielle avec symptômes de gangrène aux deux membres inférieurs. A l'autopsie : oblitération de l'aorte à sa partie terminale, oblitération qui se prolonge à droite dans les artères jusqu'au mollet, à gauche jusqu'à l'arcade crurale.

— M. Mollard communique l'observation de la malade dont il a présenté les pièces lundi dernier : hémianesthésie organique due à une lésion très limitée de la couche optique, n'étant par conséquent pas d'origine capsulaire. Il expose à ce sujet les caractères différentiels de l'hémianesthésie hystérique et de l'hémianesthésie organique.

— M. Pauly rapporte l'observation d'un homme de 52 ans, à antécédents syphilitiques, atteint d'hémiplégie avec hémianesthésie, et présentant très nettement le syndrome de Weber.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 9 mai 1900). — M. le docteur Josserand présente une malade de 27 ans, atteinte d'une paralysie pseudo-hypertrophique typique consécutive à une fièvre typhoïde. L'affection actuelle a débuté il y a trois ans et la parésie a précédé de plusieurs mois la pseudo hypertrophie. La paralysie pseudo hypertrophique est très rare chez l'adulte, et c'est la première fois qu'on la signale à la suite de la fièvre typhoïde.

— M. le docteur Bérard montre une femme âgée qui, il y a 20 ans, a été opérée d'un épithélioma de l'aile du nez, plus tard d'un fibrome utérin et qui présente aujourd'hui sur le bord inférieur de l'orbite deux petites nodosités sous-cutanées constituées probablement par des ganglions lymphatiques. Ces tumeurs vont être enlevées et l'examen histologique infirmera ou confirmera ce diagnostic.

— M. Patel, interne des hôpitaux, présente une malade à laquelle M. Jaboulay a pratiqué une gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique pour un néoplasme du pylore donnant lieu à des vomissements incoercibles. Ce chirurgien continue à donner la préférence au bouton de Villard sur la suture. Sur 39 opérations de ce genre, il n'y a

ou qu'un insuccès opératoire (Guinard et Jaboulay). Ce qui recommande le bouton de Villard, c'est la rapidité de l'opération dans les cas d'urgence chez les malades très affaiblis.

— M. Lesieur, interne des hôpitaux, appelle l'attention des membres de la Société sur le procédé de Neisser pour la coloration du bacille de Löffler. Cette réaction permet de le différencier nettement du pseudo-bacille diphtéritique, qui n'est pas virulent et que l'on rencontre très souvent dans le mucus du nez et de la gorge tant chez les sujets sains que sur certains sujets angineux.

La variole a Lyon du 16 février au 30 avril 1900. — Le 25 février 1900, nous avons fait connaître le mouvement des varioleux à l'hôpital suburbain de Caluire jusqu'au 15 février. Des renseignements complémentaires nous permettent d'étendre cette étude jusqu'au 30 avril.

Il est entré à l'hôpital des varioleux du 16 février au 30 avril 1900, 308 varioleux qui ont fourni 66 décès.

Si aux décès des malades hospitalisés, nous ajoutons ceux constatés à domicile, au nombre de 12, nous obtenons pour la période du 16 février au 30 avril, 78 décès, soit en chiffre rond une moyenne de 9 par semaine.

Additionnons ces 78 décès avec les 64 survenus du 24 juin 1899 au 15 février 1900, nous aurons une mortalité totale de 142 décès depuis le début de l'épidémie.

Voici la statistique des décès survenus à l'hôpital des varioleux par quinzaine pour la seconde période de l'épidémie :

16—28 février.......	60 entrées	17 morts.
1—15 mars........	69 —	13 —
16—31 mars........	69 —	16 —
1--15 avril........	53 —	11 —
16—30 avril.........	57 —	9 —
	308 —	66

Comme nous le constatons dans le bulletin des maladies régnantes l'épidémie de variole vient de prendre tout à coup une grande intensité qui engagera peut-être les retardataires à recourir à la vaccination dont l'effet préservatif efficace est mis gratuitement à la portée de tous. On ne saurait trop le répéter, la petite vérole est la seule maladie évitable, et nos législateurs hésitent à inscrire l'obligation de la vaccine dans un projet de loi.

Faculté de médecine de Lyon. — concours — Par arrêté en date du 7 mai 1900, du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, un concours s'ouvrira le 19 novembre 1900, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, pour l'emploi de suppléant à la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du docteur Victor Jamin, ancien interne des hôpitaux de Lyon, administrateur du Denier des Vieillards. Notre jeune confrère (il avait 30 ans), qui exerçait la médecine dans le IIIe arrondissement, est décédé à la suite d'une courte ma-

ladie. Nous présentons à son frère le docteur Anthelme Jamin nos compliments de sympathique condoléance.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — La Société rappelle qu'elle décernera en 1901 un prix de 500 fr. (prix Bouchacourt) au meilleur travail inédit, écrit en français, sur la question suivante :

Du rôle de la microbiologie en obstétrique (*théorie et applications*).

Les travaux des concurrents devront être remis au Secrétaire général avant le 1er juillet 1900. Les concurrents ne devront pas se faire connaître. Une devise placée en tête de chaque mémoire sera reproduite sur une enveloppe fermée, contenant les nom, prénoms, qualités et domicile de l'auteur. Cette enveloppe devra être remise au Secrétaire général en même temps que le mémoire.

XIIIe CONGRÈS INTERNANIONAL DE MÉDECINE. — Pendant la durée du Congrès international de médecine (du 2 au 9 août) les membres du Congrès auront droit à l'*entrée gratuite* à l'Exposition.

Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE. — Ce Congrès se tiendra à Paris les 26, 27 et 28 juillet. Les adhésions doivent être adressées au docteur Blondel, rue Castellane, 8, et les cotisations, qui sont de 25 fr. pour les titulaires et de 10 fr. pour les adhérents, au docteur Cézilly.

Le Congrès, si l'on en croit l'avis annexé à la formule d'adhèsion, a été organisé sur l'initiative de l'*Association de la Presse médicale française*. Il faut bien qu'on nous dise qu'il s'agit de *Presse médicale française*, car nous ne pourrions le soupçonner en parcourant la liste de la Commission d'organisation du Congrès international. Cette Commission, qni ne comprend pas moins de 69 membres, et qui se compose essentiellement des rédacteurs de feuilles médicales illustres ou obscures de la capitale, n'a pas trouvé place pour un seul journal de province. La Commission *française* avait cependant sous les yeux un bon exemple à suivre en imitant les Comités d'organisation de la presse étrangère dont elle nous donne la liste. J'y vois l'Allemagne, représentée par Berlin, Munich, Vienne et Prague ; l'Italie, par Gênes, Naples, Milan, Rome, Turin, Florence, Palerme, Padoue ; les États-Unis par Louisville, Chicago, Philadelphie, New-York, Denaer, Portland, Cincinnatti, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Paul, Richmond, Kansas city.

De pareilles constatations sur les relations entre Paris et la province ne sont point rares ; elles nous font toujours sourire, et il est bon de les signaler de temps en temps.

UNE HISTOIRE D'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE. — Une dame de San Francisco avait intenté un procès à une compagnie de tramways pour blessures reçues à l'occasion d'un déraillement.

Une expertise fut ordonnée, et la dame fut soumise quelques mois avant que le procès ne fût plaidé à l'examen de six médecins, trois pour la partie plaignante, trois pour la partie adverse.

Devant la Cour, les médecins déclarèrent qu'ils avaient constaté chez le sujet examiné l'existence d'une tumeur ovarienne ou utérine, de la grosseur d'une noix de coco; ils différaient sur le siège précis de cette tumeur. Mais pour la tumeur elle-même il n'y avait pas de contestation.

Le médecin de la plaignante attestait que cette tumeur s'était développée progressivement depuis l'examen des experts et atteignait un volume quadruple de celui qu'elle présentait à cette époque.

La partie adverse soutint que les maux accusés par le sujet venaient de cette tumeur et non de l'accident. D'autre part, la plaignante prétendait démontrer que la tumeur était le résultat de l'accident.

Huit jours après le procès, la dame accouchait d'un enfant à terme. (*La Méd. mod.*)

La canalisation a saint Pétersbourg. — La canalisation projetée à Saint-Pétersbourg coûtera approximativement 35 millions de roubles, soit 140 millions de francs. La commission municipale se propose d'instituer un concours pour les projets, avec cinq prix de 10.000, 6.000, 4.000, 3.000 et 2.000 roubles (40.000, 24.000, 16.000, 12.000 et 8.000 fr.) chacun. (*Arch. russes de pathol.*, 28 fév. 1900.)

Les médecins en Autriche. — Sur 10.309 médecins qui exercent en Autriche, Vienne compte à elle seule 2.387 praticiens.

Contre la saccharine.— Le ministre de l'intérieur en Autriche vient de défendre l'importation de la saccharine et des produits similaires, tels que la cristallose, la zuckerine et la sycose. (*Klinisch. therap. Woch.*, 21 janv.)

L'évolution féminine. — D'un article du docteur Helme sur l'évolution féminine, nous détachons le passage suivant : « Il y a encore le grand et suprême argument : la femme est faite pour la maternité; si elle verse dans les carrières libérales, elle ne pourra peut-être plus s'occuper de ses enfants. Ici je m'incline, car je sens tout le poids d'une pareille raison. Mais cette raison pourquoi ne l'avons-nous pas mieux comprise plus tôt ? La femme n'est pas seulement l'éternelle blessée, elle est surtout l'éternelle lésée. Lésée, elle l'est dans le mariage, qui ne lui laisse pas la libre disposition de ses biens; elle l'est encore au point de vue économique, mais elle l'est surtout au point de vue sexuel. C'est elle qui peine et qui souffre pour propager l'espèce; mais quand l'œuvre sacrée s'achève, l'homme apparaît et confisque le fruit du travail obscur de la nature. Pour que l'enfant soit légitime, pour qu'il ne soit pas un paria dans la société, il faut qu'il porte le nom de son père, cet *ouvrier d'un instant*, et non celui de la mère qui a tout enduré, qui souvent a risqué sa pauvre vie. Ce que sera la société future peuplée de femmes docteurs, avocats, ingénieurs, je l'ignore, c'est l'affaire de l'avenir. J'ai voulu seulement démontrer que ce mouvement féministe, cette poussée de la femme de haut en bas de l'échelle sociale vers les occupations professionnelles de l'homme, c'est nous qui l'avons provoqué. » (*La Méd. mod.*)

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Avril	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
29	743	9	742	17	+20.8	12	+ 7.4	5	95	70	0.0	1.7	19
30	749	24	743	0	+18.5	13	+10.3	3	85	64	16.9	1.2	19
1	750	9	749	0	+21.2	14	+ 4.7	5	79	46	0.1	1.3	23
2	747	0	745	24	+22.2	13	+ 6.8	5	62	39	0.2	2.0	28
3	750	24	743	9	+25.3	13	+ 6.0	5	77	40	0.0	4.4	31
4	752	10	749	24	+21.1	14	+ 8.6	5	69	50	0.0	4.1	40
5	749	0	747	24	+27.0	14	+ 5.8	5	77	40	0.0	3.3	32

MALADIES RÉGNANTES. — Le chiffre des décès descend assez brusquement à 182 pendant la 18e semaine, en diminution de 32 sur la semaine précédente, et en augmentation de 5 sur la période correspondante de 1899. Le taux mortuaire annuel est de 20,3 par 1000 habitants, chiffre inférieur à la moyenne.

La petite vérole, dont nous avons signalé l'augmentation la semaine dernière, devient vraiment épidémique. Il a été déclaré du 2 au 9 mai au Bureau d'hygiène, 77 nouveaux cas, dont 44 sur la rive droite de la Saône. La mortalité variolique, qui était de 8 à 9 par semaine, y compris les décès des hospitalisés, depuis le 16 février 1900, va dépasser ce chiffre en raison de la plus grande fréquence et de la gravité de la maladie, car la forme hémorragique est assez commune.

Les médecins ont déclaré en outre 3 diphtéries, 3 fièvres typhoïdes, 12 scarlatines. Il y a toujours des rougeoles en nombre indéterminé.

Les bronchites, les fluxions de poitrine sont moins nombreuses. Toujours des angines et laryngites aiguës. Les catarrheux et les phymiques sont moins éprouvés, les apoplexies moins fréquentes. Une proportion assez forte de méningites tuberculeuses.

Sur les 182 décès hebdomadaires, dont 88 dans les hôpitaux civils, 44 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 27 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 5 mai 1900 on a constaté 182 décès :

Fièvre typhoïde ...	1	Catarrhe pulmonaire	6	Affections du cœur.	15
Variole	3	Broncho-pneumonie	19	— des reins....	4
Rougeole	1	Pneumonie........	12	— cancéreuses..	17
Scarlatine........	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales.	5
Erysipèle..........	0	Phtisie pulmonaire.	24	Débilité congénitale	5
Diphtérie-croup ...	0	Autres tuberculoses	2	Causes accidentelles	5
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	8	Aut. causes de décès	24
Affect. puerpérales.	1	Mal. cérébro-spinale	16		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	8	Naissances	152
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	0	Mort-nés........	9
Bronchite aiguë....	1	Cirrhose du foie ...	4	Décès...........	182

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Assoc. typog., F. PLAN, rue de la Barre, 12.

N° 20. — DIMANCHE 20 MAI 1900.

L'INTERSYSTOLE PHYSIOLOGIQUE ET LES CHEVAUCHEMENTS PATHOLOGIQUES DES SYSTOLES.

Par L. Bard,
Professeur de clinique médicale.

I. — Le synchronisme de la pulsation de la pointe du cœur perçue à la palpation avec le début de la contraction ventriculaire paraissait avoir été définitivement établi par les tracés de Chauveau et Marey, ceux-ci démontrant le parallélisme absolu du tracé de la pulsation extérieure du cœur avec ceux des pressions intérieures fournies par des ampoules intracardiaques. Quelques rares cliniciens, avec Baccelli, étaient cependant restés fidèles, ou à peu près, à l'ancienne théorie de Beau, qui attribuait à l'oreillette le soulèvement de la pointe et en faisait un phénomène présystolique ou diastolique. Potain s'est fait le défenseur de cette manière de voir et, avec le prestige de sa haute autorité, il a invoqué à son appui un certain nombre de considérations et de tracés, qu'il n'est pas permis de passer sous silence et qui méritent une sérieuse attention. Chauveau, par contre, voyant sa conception du synchronisme des divers éléments systoliques de la révolution cardiaque mise en péril par les arguments et les conclusions de Potain, a repris de nouveau la question et, dans une série d'articles récents, il affirme plus énergiquement que jamais l'absence de toute participation de l'oreillette à la pulsation de la pointe du cœur. Allant plus loin même que précédemment, il montre l'existence d'un écart sensible et constant entre les systoles de l'oreillette et du ventricule ; écart auquel il donne le nom d'*intersystole*, qui constitue une barrière infranchissable entre les phénomènes présystoliques, fonctions de la contraction auriculaire, et les phénomènes systoliques, fonctions de la contraction ventriculaire.

Chauveau base sa manière de voir entièrement et exclusivement sur les tracés intracardiaques et extérieurs recueillis sur des chevaux normaux ; des tracés recueillis chez l'homme il ne veut rien savoir, d'une part parce qu'ils présentent de

trop nombreuses causes d'erreur, difficiles à éviter ou impossibles à interpréter; d'autre part parce qu' « il est impossible de fonder les lois du mécanisme intérieur du cœur sur les caractères des actes extérieurs, *quels qu'ils soient*. Cette proposition ne comporte aucune exception. » Il n'est pas même arrêté dans cette proposition intransigeante par la crainte de détruire d'un seul coup toute la cardiographie clinique, édifiée cependant sur ses propres et magnifiques travaux. Il n'est pas arrêté davantage par la pensée que la pathologie pourrait bien déranger en quelque mesure les rythmes et les synchronismes de l'état physiologique; « il n'y a pas, dit-il, dans la physiologie cardiaque de l'homme, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, le moindre fait qui ne rentre pas exactement dans le mécanisme du cœur, déterminé par les expériences sur les animaux mammifères » (1).

Potain, au contraire, se base exclusivement sur des tracés recueillis chez l'homme, tracés de la pulsation de la pointe du cœur, de la carotide, de la radiale, des veines jugulaires ou du foie. Pas plus que Chauveau d'ailleurs, quoique en sens inverse, il ne se préoccupe des modifications que la pathologie pourrait apporter à la physiologie. Il donne de nombreux tracés, mais sans jamais en indiquer la provenance, sans signaler ceux qui émanent de cœurs normaux ou de cœurs pathologiques, convaincu sans doute de leurs similitudes et de leur égale valeur pour sa démonstration.

La base essentielle de son argumentation est le fait, établi par Chauveau, et désormais indiscutable, dit-il, du synchronisme à peu près absolu de la fermeture de la mitrale, et par conséquent du premier bruit, avec le début même de la systole ventriculaire. Partant de cette donnée, Potain s'attache à noter le moment exact du premier bruit sur ses tracés; après avoir cherché à démontrer que cette notation, avec un peu d'habitude, ne présente pas de causes d'erreurs notables, il considère comme indiscutable que tout ce qui précède ce premier bruit appartient à la présystole et est le fait de l'oreillette, et que c'est uniquement ce qui l'accompagne ou le suit qui peut être attribué à l'entrée en action du ventricule. Armé de cet axiome, emprunté aux tracés et à l'exposé même

(1) *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1899, p. 786.

de son adversaire, il montre que, sur ses tracés, le soulèvement de la pointe précède le bruit de fermeture de la mitrale, qu'il précède également, d'un temps très variable, et trop long pour être attribuable à la seule systole ventriculaire, le soulèvement des carotides et des radiales. Il montre que ce début du soulèvement, qui est présystolique, se marque sur la ligne ascendante du tracé de la pointe du cœur à une distance toujours égale du soulèvement de la radiale, mais à un niveau très différent de cette ligne ascendante, parfois même reculé jusqu'à en marquer le point culminant. Enfin, par surcroît, il montre que le pouls veineux et le pouls hépatique coïncident avec ce soulèvement, preuve irréfutable de la nature présystolique et auriculaire de ce dernier.

Sur la base de ses tracés, Potain arrive à répartir tout autrement que les physiologistes la durée et les rapports des divers éléments de la révolution cardiaque ; pour lui, la systole des ventricules, celle des oreillettes et la phase de repos, à peu près égales, occupent chacune un tiers de la révolution totale, tandis que les physiologistes n'accordent à la contraction de l'oreillette que les 3/40e de la durée totale, et par contre en attribuent à la systole des ventricules les 17/40e (Morat et Doyon). Potain divise, il est vrai, cette longue durée qu'il attribue à la contraction de l'oreillette en deux phases inégales, l'une de réplétion du ventricule, qui en occuperait les 3/5e, et l'autre de distension de cette cavité, qui n'en occuperait que les 2/5e ; même réduite à cette dernière phase, la contraction de l'oreillette serait encore très notablement plus longue que celle qui résulte des tracés physiologiques, tandis que la durée de celle du ventricule serait inférieure à celle admise par les physiologistes.

II. — En cherchant à se rendre compte des causes de ces irréductibles divergences entre l'éminent clinicien et l'éminent physiologiste, on est dès l'abord frappé de ce fait que ni l'un ni l'autre n'admettent de différences entre le mécanisme de la révolution cardiaque à l'état normal et à l'état pathologique, et que, quoique en sens inverse, ils sont d'accord pour étendre l'un à la pathologie ce qu'il a observé à l'état physiologique, l'autre à la physiologie ce qu'il a observé, sinon exclusivement, au moins principalement, à

l'état pathologique, s'efforçant tous les deux d'oublier que la pathologie ne serait pas la pathologie si elle n'était que la reproduction intégrale de la physiologie.

Faut-il considérer le débat comme inabordable aux cliniciens parce qu'ils ne disposent pas des procédés expérimentaux ouverts aux vivisectionnistes ? Il est permis de n'en rien croire et d'accorder à l'observation clinique des ressources comparables à celles de l'expérimentation. Les tracés recueillis chez l'homme sont, il est vrai, d'une interprétation délicate et toujours discutable, mais ils ne constituent pas le seul moyen d'exploration de ce qui peut se passer dans les cavités cardiaques. Je voudrais montrer dans ce mémoire que la palpation large du cœur, telle que je l'ai étudiée et préconisée dans des communications antérieures (1), permet d'aborder avec fruit la question posée et de lui apporter une solution qui diffère nettement des deux opinions en présence, tout en pouvant, en quelque mesure, leur fournir un terrain de conciliation.

Par la palpation large on peut séparer facilement les vibrations valvulaires du durcissement musculaire; par là on peut étudier les rapports de la fermeture des orifices et de la contraction du ventricule. A l'aide de cette méthode, il est facile de s'assurer que ces rapports ne sont nullement constants et qu'ils diffèrent suivant les cas pathologiques considérés. A l'état normal et physiologique, quand ces deux éléments du choc du cœur peuvent être nettement perçus tous les deux, ce qui n'est pas toujours le cas, ils sont parfaitement synchrones et superposés, ou du moins, s'il y a entre eux un écart, il est de l'ordre de ceux qui échappent à nos sens. A l'état pathologique, les caractères et la durée du choc musculaire varient beaucoup, la vibration systolique varie elle-même d'intensité, et les rapports réciproques de ces deux éléments se modifient; jamais la vibration ne précède le choc, mais dans certains cas elle retarde sur ce choc, alors même que ce choc est bien réellement, dès son début, un durcissement, bien caractérisé au doigt, témoin d'une contrac-

(1) L. Bard : De l'importance de la palpation du cœur, données cliniques et signes nouveaux qu'elle fournit. *Lyon Médical*, 1896, II, p. 139. — De la palpation large du cœur et des vibrations de fermeture des valvules auriculo-ventriculaires. *Lyon Médical*, 1897, I, p. 145.

tion ventriculaire, et non un simple soulèvement tel que pourrait le donner une augmentation passive de volume. Dans les mêmes cas, les battements des artères présentent un retard marqué sur le début du choc ; de même on constate alors un choc plus prolongé et plus soutenu qu'à l'état normal, révélant nettement une prolongation de durée de la systole ventriculaire. Dans quelques cas on peut également constater que la vibration systolique, c'est-à-dire celle de fermeture des valvules auriculo-ventriculaires, et la vibration diastolique, c'est-à-dire celle de fermeture des valvules sigmoïdes, se succèdent plus rapidement qu'à l'état normal, par le fait d'un raccourcissement du petit silence.

Ce mode d'exploration ne révèle, il est vrai, que l'existence et le sens des écarts ; tout au plus permet-il d'en apprécier très approximativement l'importance, il ne peut les mesurer. Il suffit cependant à montrer que, à l'état pathologique, le synchronisme de la contraction des ventricules et de la fermeture des orifices n'est plus le même qu'à l'état normal. L'étude des différences constatées entre les divers cas, rapprochées des lésions existantes, permet à son tour de pénétrer la signification de ces variations.

Tout d'abord le synchronisme normal de la vibration et du choc confirme l'opinion de Chauveau de la quasi-simultanéité de la fermeture de la mitrale et du début de la systole ventriculaire. Par contre, leur dissociation dans certains états pathologiques prouve, tout à la fois, que cette donnée ne peut pas être étendue à la pathologie, et que, à l'état pathologique, Potain a tort de considérer tout ce qui précède le bruit de fermeture comme indépendant de la systole ventriculaire.

La cause efficiente de ce retard du premier bruit sur le début de la systole ventriculaire peut être déduite de l'étude des cas dans lesquels il se produit. Or, il atteint son maximum d'intensité et de netteté dans les cas d'association de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique. En pareil cas, le choc musculaire et la vibration sont tous les deux beaucoup plus intenses et plus nets qu'à l'état normal, ce qui permet d'en apprécier d'autant mieux les caractères et les rapports. Le rétrécissement mitral, en effet, par le fait de la dureté et de la rigidité de la valvule qui le créent, s'accompagne

toujours d'une vibration dure et intense qui peut quelquefois le révéler en l'absence de tout autre signe; l'insuffisance aortique, par la dilatation localisée de la pointe qu'elle crée, donne au choc musculaire les caractères particuliers de forme et de netteté que j'ai décrits sous le nom de choc en dôme. Dans les cas de cette double lésion, le dôme se soulève et se durcit avant que la vibration se fasse sentir. Le battement carotidien est nettement en retard sur le dôme, tout en conservant avec la vibration les rapports de l'état normal, si même il n'y a pas une diminution du retard normal. La comparaison du choc au doigt et du bruit à l'oreille donne des résultats du même ordre, mais moins nets et somme toute moins certains, parce qu'elle exige l'intervention de deux sens différents, mettant en jeu des temps de propagation et de perception différents, ce qui n'est nullement négligeable pour des périodes de temps aussi petites que celles dont il s'agit.

Dans l'insuffisance aortique isolée, on sent également bien le choc musculaire, avec les mêmes caractères de forme en dôme et de prolongation; mais la vibration est toujours faible, ou même fait complètement défaut, de telle sorte que la comparaison des deux phénomènes n'est plus possible. Toutefois, en pareil cas, du moins dans les insuffisances endocarditiques avec conservation de la souplesse des artères périphériques, il existe, comme l'a montré Tripier, un retard accusé du pouls carotidien sur le choc de la pointe, et il y a tout lieu de penser que, dans ce cas comme dans le précédent, la fermeture mitrale est retardée, car le retard carotidien n'existe pas sur le premier bruit, quand ce dernier est bien perceptible, et Potain a précisément voulu voir dans ce fait tout à la fois la démonstration du caractère présystolique du choc, et la réfutation du retard signalé par Tripier.

Dans le rétrécissement mitral isolé, la même difficulté d'appréciation s'élève pour des motifs inverses; ici c'est la vibration qui est exagérée et le choc qui est mal perceptible, tant parce que le ventricule n'est pas ou peu hypertrophié, que parce que la vibration présystolique couvre et masque le choc. Mais là aussi les phénomènes artériels montrent le retard du premier bruit, en permettant de constater une diminution du retard radial normal sur ce bruit lui-même. De plus, on

constate que le bruit présystolique se prolonge au delà du début du soulèvement; Dickinson et Tripier, qui ont tous les deux constaté ce fait, en ont conclu que la dernière partie de ce bruit était systolique et due à l'intervention du ventricule.

Il résulte de ce qui précède qu'il existe un retard parfois très accusé de la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires sur le début de la systole ventriculaire, dépassant notablement le retard très léger dû à la systole préparatoire normale, dans certains cas d'insuffisance aortique et de rétrécissement mitral, isolés ou associés. Or ces deux affections présentent comme caractère commun d'entraver le passage du sang de l'oreillette gauche dans le ventricule, l'une directement par l'état de l'orifice, l'autre indirectement par le refoulement de la grande valve de la mitrale et par la réplétion anticipée du ventricule due au reflux; pour rétablir une évacuation suffisante, l'oreillette s'hypertrophie et prolonge sa contraction. Bien que la palpation ne permette pas de constater directement la contraction de l'oreillette, il est permis de penser que le retard du premier bruit dans ces cas est lié à une contre-pression supportée par la face supérieure de la mitrale. Par là, la valvule n'est pas immédiatement soulevée comme à l'état normal, par le début même de la contraction ventriculaire, il faut pour cela que cette contraction ait eu le temps de développer une pression intérieure suffisante pour vaincre cette contre-pression, ou bien que cette contre-pression ait cessé d'elle-même.

Pour expliquer cette contre-pression retardant la fermeture de la mitrale, il ne suffit pas d'invoquer la gêne secondaire de la circulation veineuse, l'élévation de pression qui en résulte dans les veines serait absolument insuffisante à produire un pareil retard, il ne peut s'agir que d'une cause active, d'une contraction expulsive, comme l'est la systole même de l'oreillette. Pour se rendre un compte suffisant des phénomènes observés, il suffit d'admettre que, en pareil cas, sous l'influence des conditions pathologiques de la circulation, l'oreillette hypertrophiée prolonge et soutient sa contraction, jusqu'après le début de la systole ventriculaire, de telle sorte que les deux systoles empiètent et chevauchent l'une sur l'autre. Ainsi s'expliquent facilement la dissociation du dur-

cissement musculaire et de la vibration valvulaire, le retard du pouls carotidien sur la systole, et son anticipation sur le bruit démontrée par Franck ; de même explique aussi, par le fait du synchronisme et de la synergie des deux oreillettes, l'existence signalée par Potain d'un pouls veineux et hépatique, prolongé sans insuffisance tricuspide jusqu'au delà du début du soulèvement de la pointe, sans qu'il y ait lieu de refuser à ce dernier d'être le témoin de la systole ventriculaire.

Dans cette manière de voir, Potain a raison en affirmant l'existence de la contraction de l'oreillette dans cette phase du soulèvement de la pointe qui précède le premier bruit, mais il a tort de nier l'intervention de la systole ventriculaire pour produire ce soulèvement ; il a tort surtout de ne pas voir qu'il s'agit là de faits essentiellement pathologiques et de vouloir en tirer des conséquences pour le mécanisme des contractions du cœur à l'état physiologique.

III. — Le chevauchement des systoles, réalisé par la pathologie, a d'ailleurs été quelquefois observé dans les vivisections. On sait que le rythme des oreillettes et celui des ventricules ne sont pas indissociables ; l'écart normal des systoles de ces deux parties du cœur peut s'allonger ou diminuer quand le rythme du cœur est troublé, notamment par le fait de manipulations extérieures sur le cœur mis à nu ; on peut voir alors les contractions de l'oreillette gauche se mettre en discordance plus ou moins complète avec les mouvements ventriculaires. Dans les simples expériences cardiographiques, « les tracés montrent même parfois que la systole auriculaire s'effectue pendant la systole ventriculaire (1). »

On voit par ces citations que le chevauchement des systoles ne présente aucune impossibilité physiologique ; il serait même difficile de comprendre comment il pourrait ne pas avoir lieu dans les cas d'énorme hypertrophie de l'oreillette, telle qu'on la rencontre parfois au cours du rétrécissement mitral serré. L'onde contractile partie de l'anneau musculaire sphinctérien des veines caves, après avoir provoqué la con-

(1) Morat et Doyon : *Traité de physiologie. Circulation*, p. 30.

traction de l'oreillette, atteint forcément le ventricule avant la fin de cette contraction, quand celle-ci est anormalement prolongée. Les cas ne sont pas rares en clinique dans lesquels le roulement mitral atteint une énorme durée, reprend presque sans intervalle silencieux, occupant la presque totalité de la révolution cardiaque, montrant ainsi que l'oreillette réduit au minimum le plus strict le temps consacré à sa réplétion, pour exagérer celui donné à son évacuation, par un renversement du rythme normal de ces deux temps de sa révolution, comparable de tous points au renversement du rythme des deux temps respiratoires que réalisent certaines dyspnées. Si la systole du ventricule devait attendre en pareil cas le relâchement de l'oreillette pour commencer à s'effectuer, elle n'aurait pas le temps, en tout cas, de s'achever avant le début de la systole auriculaire suivante ; le chevauchement s'imposerait dans tous les cas, et on pourrait seulement se demander s'il a lieu pendant le début ou pendant la fin de la systole ventriculaire.

Pour expliquer les phénomènes observés, il ne suffit pas d'admettre la réalité du chevauchement des systoles, il faut encore reconnaître que ce chevauchement peut être une cause de retard dans la fermeture de la mitrale. Les physiologistes invoqueront contre cette conséquence l'énorme disproportion de puissance de l'oreillette et du ventricule, qui se traduit par l'existence d'une pression systolique dix fois plus forte dans le ventricule que dans l'oreillette. Là encore il faut tenir compte des modifications créées par la pathologie : l'hypertrophie de l'oreillette atténue cette disproportion, l'affaiblissement du ventricule peut intervenir aussi ; il ne faut pas oublier, d'autre part, que les muscles ne développent d'ordinaire qu'une partie de leur puissance, et que les circonstances pathologiques peuvent faire que l'oreillette donne tout son effort dans des cas où le ventricule restreint le sien. D'ailleurs, l'action de l'oreillette peut acquérir dans certains cas une grande importance fonctionnelle. Allan Burns a observé un cas, cité et accepté par Chauveau et Arloing, comme par Morat et Doyon, dans lequel il existait une calcification des ventricules, les immobilisant complètement, chez un homme qui a pu néanmoins vivre longtemps malgré cette lésion, les oreillettes étant devenues capables de faire seules les frais de

la circulation. Cet exemple montre bien tout à la fois les dangers qu'il y a conclure de la physiologie à la pathologie, ou inversement, et l'extrême puissance que l'oreillette peut acquérir à l'état pathologique.

Cette notion de la prolongation de durée et de l'accroissement de force de la contraction auriculaire n'est pas absolument nouvelle pour le cas particulier du rétrécissement mitral, Samways, dans une thèse très originale (1), est allé jusqu'à soutenir que l'une et l'autre étaient telles que le sang continuait à passer de l'oreillette dans le ventricule, jusqu'au soulèvement des valvules aortiques, ou même peut-être parfois pendant toute la durée de la contraction de ce dernier; il invoque notamment, à l'appui de cette manière de voir, l'absence de souffle d'insuffisance mitrale, dans des cas de rétrécissement notoirement accompagné d'insuffisance constatable à l'autopsie. Il attribue d'ailleurs en grande partie la supériorité relative de la puissance développée par l'oreillette sur celle du ventricule pendant l'empiètement de la première, par ce fait que l'oreillette à la fin de sa systole répartit toute sa force sur un petit nombre de centimètres carrés de surface, tandis que le ventricule, au début de la sienne, est distendu et éparpille son action sur une trop grande surface. Pour juste que soit en théorie le principe de physique invoqué, Samways en exagère les conséquences, en oubliant que la puissance de la systole est limitée par la capacité de raccourcissement des fibres musculaires, et que par suite la force développée et la tension consécutive ne croissent proportionnellement à la réduction de la cavité que pendant un temps limité; dès que la limite de raccourcissement des fibres s'approche, la force contractile diminue et la tension baisse, malgré la diminution croissante des centimètres carrés sur lesquels la force s'applique. Le fait est facile à constater par exemple pendant la miction, au cours de laquelle la force de projection du jet, après une période de croissance, diminue progressivement, bien loin de s'accroître régulièrement jusqu'au bout, comme le voudrait l'application pure et simple du principe invoqué par Samways. On peut

(1) Samways : Le rôle de l'oreillette gauche, notamment dans le rétrécissement mitral. Thèse de Paris, 1896.



cependant en retenir ce fait que l'oreillette hypertrophiée peut développer momentanément, au plein de sa contraction, une pression supérieure à celle du ventricule au début de son effort, et que, par conséquent, elle peut faire retarder la fermeture de la mitrale sur le début de la systole ventriculaire.

Le fait ne se produit pas d'ailleurs que dans le rétrécissement mitral, il se produit pour le même motif dans l'insuffisance aortique, et spécialement dans les insuffisances aortiques des sujets jeunes, à artères souples, parce que le reflux du sang aortique est alors très marqué, tandis que ce retard est beaucoup moins net, ou fait complètement défaut, dans les insuffisances aortiques athéromateuses, dans lesquelles les artères rigides modèrent le reflux et atténuent ou suppriment tous les signes périphériques.

On peut objecter à tous les raisonnements et à toutes les déductions précédentes qu'elles n'ont pas la valeur que prendrait la moindre démonstration directe du chevauchement, par la constatation indiscutable de contractions simultanées de l'oreillette et du ventricule dans les cas en litige ; constatation directe d'ailleurs irréalisable, puisque la clinique ne fournit malheureusement aucun moyen de constater la contraction de l'oreillette. Les vivisectionnistes pourraient être plus heureux en prenant des tracés des pressions intracardiaques sur des animaux atteints de maladies organiques du cœur. L'insuffisance aortique n'est pas très rare chez les équidés, puisque Chauveau donne dans ses articles plusieurs tracés extra-cardiaques de chevaux ou d'ânes atteints de cette affection ; malheureusement ceux-ci ne sont précisément pas accompagnés de tracés intra-cardiaques.

Bien que je n'en ai pas trouvé qui aient été publiés, peut-être en a-t-on déjà pris, en tout cas il pourra en être pris et publié par la suite, et il importe de bien préciser les conditions qu'ils devront remplir pour pouvoir trancher la question qui nous occupe. Le chevauchement des systoles, dont je soutiens l'existence, est un fait pathologique, qui n'est provoqué que dans certaines conditions spéciales, que ne réalisent ni fatalement ni toujours des lésions cardiaques quelconques. Il faut pour cela une gêne marquée du passage du sang à travers un orifice auriculo-ventriculaire, ayant provoqué elle-même la production d'une hypertrophie accusée de l'oreil-

lette. Les lésions expérimentales, l'insuffisance aortique traumatique par exemple, ne sont nullement comparables à ce point de vue à des lésions spontanées anciennes ; elles déterminent une perturbation plus ou moins marquée du mécanisme cardiaque, mais elles ne reproduisent pas les phénomènes compensateurs secondaires qui créent précisément le fonctionnement pathologique nouveau. Les lésions spontanées elles-mêmes ne sont pas également utilisables ; à ce point de vue spécial notamment, les insuffisances aortiques athéromateuses séniles ne sont nullement semblables aux insuffisances endocarditiques des sujets jeunes. Tripier a montré que le retard carotidien qui existait dans ces dernières faisait défaut dans les premières ; cette différence correspond à un ensemble de conditions différentes, sur lesquelles je reviendrai plus loin, et qui font que les insuffisances athéromateuses ne seraient pas utilisables pour la démonstration du chevauchement, puisqu'il n'existe que peu ou pas du tout en pareil cas.

A défaut de constatation expérimentale, et jusqu'à ce que celle-ci ait trouvé des conditions favorables pour être réalisée, les faits d'observation clinique, leur discussion et leur interprétation rationnelle me paraissent suffire à établir la réalité du chevauchement des systoles, dans certains cas pathologiques bien définis. Il reste d'ailleurs à en préciser les limites et à utiliser pour la clinique les multiples conséquences que comporte cette donnée nouvelle.

(La fin au prochain numéro.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRI-ACÉTYL-MORPHINE.

Par M. Chanoz.

(Travail du laboratoire du professeur Morat.)

Cette note résume les recherches physiologiques préliminaires faites à la demande de M. le Prof. Crolas sur le dérivé *Triacétylé de la morphine* découvert par M. Causse.

Conditions expérimentales. — On employait des dissolutions au 1/10, 1/20, 1/30, 1/100 fraîchement préparées en dissolvant la Triacétylmorphine dans de l'eau pure (ou du sel

marin à 8 p. 1000) additionnée d'une suffisante quantité d'acide acétique pur (formation d'acétate).

La dissolution était injectée dans le sac lymphatique ou l'abdomen de la grenouille ; dans le tissu cellulaire des flancs ou dans une veine des : cobaye, lapin, chien.

L'animal ensuite était observé dans une salle peu éclairée, loin du bruit, la température ambiante étant 18° environ.

MANIFESTATIONS APPARENTES. — *Grenouille* : Une dose faible, 1 à 4 milligrammes provoque un état de torpeur très net.

Une dose supérieure produit des effets convulsivants : cloniques et surtout toniques. La mort arrive avec une dose de 20 milligrammes.

Cobaye, Lapin, Chien : 1° Une dose inférieure à 0 gr. 02 par kilogramme d'animal produit de la torpeur, un sommeil profond, calme qui dure plusieurs heures parfois. L'animal réagit difficilement quand on le touche. Pendant le sommeil la température anale s'abaisse.

2° Une dose supérieure à 0 gr. 02 par kilogramme amène d'abord une période d'hyperexcitabilité qui augmente avec la dose.

L'animal a des mouvements de mâchonnement ; il y a salivation abondante, sécrétions : lacrymale, nasale, parfois défécations.

Le sujet paraît influencé par le bruit, surtout par les sons graves. Pour des doses convenables, l'excitabilité est telle qu'un simple choc amène une attaque épileptiforme avec prédominance des contractions toniques ; les membres et la tête étant placés dans l'extension forcée.

On observe surtout chez le chien, de la parésie du train postérieur ; on a l'attitude hyénoïde.

Pendant les crises convulsives, la température anale s'élève. Ensuite arrive la deuxième période : sommeil d'abord agité, puis profond, calme avec abaissement de la température.

3° Avec des doses supérieures à 0 gr. 20 par kilogramme pour le lapin et le cobaye, à 0 gr. 30 pour le chien, la mort arrive rapidement avec un cortège imposant d'attaques épileptiformes sub-intrantes. Les secousses tétaniques violentes arrêtent la respiration.

L'autopsie, faite peu de temps après la mort, présente les particularités suivantes :

A) Rigidité cadavérique précoce ; après 20 à 25 minutes.

B) Les organes : reins, cerveau, moelle sont hypérémiés.

C) Les ventricules du cœur sont souvent vides de sang.

D) Le sang des artères est noir, veineux.

De ces essais préliminaires il résulte que le dérivé Triacétylé de la Morphine a les propriétés générales de cet alcaloïde ; on note cependant quelques différences qualitatives et quantitatives sur lesquelles nous reviendrons.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 7 mai 1900. — Présidence de M. HORAND.

A propos du procès-verbal, M. NAVARRE communique un document relatif à la mortalité par tuberculose à Lyon, puisque certains chiffres de son mémoire ont été contestés.

OBLITÉRATION DE L'AORTE CHEZ UN DIABÉTIQUE ; GANGRÈNE DES MEMBRES INFÉRIEURS.

M. L.-M. BONNET, interne des hôpitaux, fait une communication sur un cas de gangrène des deux membres inférieurs causée par une oblitération de l'aorte et des artères des deux membres ; ces vaisseaux sont présentés à la Société.

Un homme, âgé de 64 ans, entrait le 20 avril dans le service de M. le Prof. Lépine, racontant que quinze jours avant il avait assez brusquement senti une douleur pas très vive dans sa jambe droite, qui immédiatement était devenue engourdie, insensible, froide, et incapable de faire aucun mouvement. Dix jours plus tard, des symptômes semblables s'étaient produits du côté gauche.

A son entrée, les deux membres étaient, jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, froids, insensibles, présentaient des plaques violacées. A droite, l'épiderme s'était détaché sur la face interne de la jambe, sur une étendue large comme la paume de la main. On ne sentait aucun battement aux fémorales, non plus qu'aux poplitées.

Le pouls était très rapide. Les urines contenaient beaucoup de sucre et d'albumine.

Dès le lendemain de l'entrée, une ulcération apparut à la jambe gauche semblable à celle qui existait déjà à droite.

La température monta rapidement, dépassa 40°, et le malade mourut le 25 avril.

A l'autopsie, on trouva l'aorte oblitérée à sa terminaison. Il y avait une oblitération complète allant de la bifurcation à l'origine de la mésentérique inférieure, ce dernier vaisseau étant perméable ; de là, le caillot remontait, en s'effilant, jusqu'aux artères rénales.

A l'examen des artères du côté droit, on trouva oblitérées l'iliaque primitive, l'origine de l'iliaque interne, l'iliaque externe, la fémorale tout entière avec ses branches, la poplitée, etc.. A gauche, le caillot obstrue l'iliaque primitive et l'iliaque externe, et s'arrête au niveau de l'arcade crurale ; l'origine de l'épigastrique est oblitérée, mais les honteuses, la fémorale profonde, sont libres.

Les muscles des mollets étaient, à droite, mous, brunâtres; plus fermes et de coloration plus claire à gauche. L'examen histologique montra de la désintégration granuleuse ; pas de dégénérescence graisseuse.

Nous avons examiné les artères et les caillots aux divers niveaux, macroscopiquement et histologiquement, pour chercher à nous rendre compte de la marche de la coagulation.

On pourrait faire plusieurs hypothèses : embolies sucessives des deux côtés; embolie à droite ayant donné lieu à une coagulation ascendante, comme cela se voit dans les phlébites, mais cela ne se produit guère dans les artères ; enfin restait l'hypothèse d'une oblitération primitive de l'aorte, avec coagulation secondaire au-dessous. C'est à celle-ci que nous devons nous rattacher, à la suite de l'examen des caillots : le thrombus de l'aorte était très adhérent, avait une couleur différente, était bien plus avancée en organisation.

Nous pensons donc qu'il y a eu une embolie de l'aorte. Le point de départ de l'embolie nous échappe, mais il importe de noter qu'il y en avait d'autres dans les reins.

Les cas d'embolie de l'aorte sont loin d'être fréquents.

MM. Charrier et Apert en ont montré un exemple à la Société anatomique, en 1896 ; ils n'en rencontrèrent que dix autres dans la littérature. Mais en réalité il y en a davantage ; nous avons trouvé plusieurs observations qu'ils ne citent pas ; en 1898 Heiligenthal en réunissait 29 cas.

Comment expliquer la marche des accidents ? Comment la gangrène n'a-t-elle débuté à gauche que dix jours après l'oblitération de l'aorte ?

Il semblerait au premier abord qu'il y aurait dû y avoir gangrène des deux côtés d'emblée. Les faits prouvent qu'il n'en est rien, que l'oblitération embolique de l'aorte parfois ne produit aucune gangrène, et assez souvent amène la gangrène d'un seul membre.

Il n'y a gangrène que si la coagulation secondaire descend assez bas pour oblitérer la plupart des collatérales de l'artère principale du membre. Quand elle s'arrête aux iliaques primitive ou exerne, il n'y a pas de gangrène. Cette coagulation descend plus ou moins bas selon l'état des parois vasculaires, selon la richesse et l'état des voies collatérales : si celles-ci assurent une circulation anastomotique abondante, la coagulation s'arrête à leur niveau, et il n'y a pas de gangrène.

MM. Charrier et Apert trouvent que généralement la coagulation descend plus bas à gauche, et ils l'expliquent en admettant que la circulation collatérale est plus active à droite, à cause des anastomoses péricæcales. Mais leur statistique n'est pas assez nombreuse pour que ce point puisse être considéré comme démontré ; les cas dans lesquels, comme dans le nôtre, la coagulation étendue a été prédominante ou limitée à droite, ne sont guère plus rares que les faits inverses ; citons ceux de Lauenstein, Wiegels, etc. D'ailleurs, la prédominance de la circulation collatérale de tel au tel côté tiendra en grande partie à des variations individuelles de cause anatomique ou pathologique.

Donc, la coagulation descend plus bas du côté où les voies collatérales sont les moins perméables, et c'est de ce côté qu'apparaît la gangrène en premier lieu.

Jusqu'à quel niveau doit descendre la coagulation pour produire la gangrène du membre inférieur ?

Il semble démontré par les faits qu'il n'y a pas de gan-

grène quand la thrombose s'arrête avant l'épigastrique; il persiste alors des voies anastomotiques suffisantes, dont la principale est l'anastomose de l'épigastrique avec la mammaire interne. C'est la conclusion de Charrier et Apert, et elle est adoptée par Bacaloglu (1899).

Nous croyons donc que, dans notre cas, il y a eu d'abord une embolie de l'aorte; puis la coagulation descendante a commencé à la fois des deux côtés, car le caillot est identique dans les deux iliaques. Pour une des raisons indiquées plus haut le caillot a, à droite, rapidement dépassé les collatérales, ce qui a amené de suite la gangrène, tandis qu'à gauche la coagulation s'est arrêtée à l'épigastrique. Aussi dans cette période n'y a-t-il pas eu de gangrène à gauche. Mais, dix jours plus tard la coagulation a franchi l'émergence de l'épigastrique, et c'est alors qu'apparut la gangrène du côté gauche. En effet, la terminaison du caillot gauche, la portion qui répond à l'émergence de l'épigastrique, semble être de date plus récente que le reste du thrombus.

M. Vinay. A-t-on fait des injections sous-cutanées de peptone pour limiter la coagulation, comme l'a conseillé M. Jaboulay?

M. Lépine. Il faut être prudent: ce qui rend le sang moins coagulable, ce sont les impuretés des peptones. On peut avoir ainsi des accidents. Je crois savoir que les chirurgiens ont renoncé à cette pratique.

SUR UN CAS DE SYNDROME DE WEBER; CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT DU FACIAL SUPÉRIEUR.

M. Pauly rapporte l'histoire d'un malade de 52 ans commis à la poste. On savait par le médecin du malade qu'il était syphilitique depuis plusieurs années. En novembre 1899 il eut une légère attaque qui ne laissa aucune paralysie. Le 18 avril 1900, seconde attaque sans perte de connaissance, mais qui cette fois s'accompagna d'une paralysie totale des membres gauches, intéressant le facial inférieur du même côté et l'hypoglosse; la langue, déviée à gauche, ne pouvait être tirée hors de la bouche. Il existait de l'hémianesthésie assez marquée de tout le côté gauche du corps. Les réflexes étaient augmentés à gauche, et il y avait un certain degré de trismus. En même temps on constatait un strabisme divergent et l'immobilité de l'œil droit, sauf dans

le regard en dehors. Il est curieux de noter que ce malade n'avait pas de paralysie de la convergence, tandis qu'il avait la paralysie des mouvements de latéralité de l'œil droit. La paralysie du moteur oculaire commun était dissociée : la pupille était intacte et réagissait à la lumière et à l'accommodation. Il n'y avait pas de ptosis.

Le malade pleurait fréquemment sans présenter cependant de véritable pleurer spasmodique. Le diagnostic porté fut celui de lésion de la moitié droite du pédoncule cérébral et de ramollissement probable par artérite syphilitique. Le 24 avril, au matin, il mourut brusquement.

L'autopsie confirma entièrement le diagnostic : il existait un ramollissement de la moitié droite du pédoncule intéressant le pied et aussi une grande partie de la calotte. On vit de plus une thrombose d'une des artères sus-protubérantielles née du tronc basilaire et sur le tronc lui-même plusieurs plaques d'artérite. Il n'y avait pas de lésions macroscopiques de l'écorce ni des autres parties du cerveau.

M. Pauly signale un fait particulier qu'il a observé sur ce malade : il ne pouvait fermer qu'incomplètement l'œil droit, tandis qu'il pouvait parfaitement abaisser la paupière gauche : il existait donc une parésie certaine du facial supérieur à droite, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie des membres et du facial inférieur. Peut-être ce fait pourrait-il s'expliquer par l'hypothèse de Mendel, à savoir que le noyau du facial supérieur est commun avec celui du moteur oculaire commun.

Le Secrétaire-adjoint, F.-J. Collet.

Société des Sciences médicales de Lyon

Séance du 4 avril 1900. — **Présidence de M. Vallas.**

SUR L'INTERSYSTOLE PHYSIOLOGIQUE ET LES CHEVAUCHEMENTS PATHOLOGIQUES DES SYSTOLES.

M. Bard fait une communication sur l'*intersystole physiologique et les chevauchements pathologiques des systoles*. (Voir page 73.)

M. Mayet. Nous devons savoir beaucoup de gré à M. Bard d'avoir expliqué les tracés cardiographiques paradoxaux de M. Potain, et de nous avoir confirmés dans la confiance que nous avions, pour le processus de

la révolution cardiaque physiologique, dans les tracés expérimentaux de MM. Chauveau et Marey.

M. Bard a fait ressortir l'instabilité, par suite de l'équation personnelle, du point de repère du premier bruit choisi par M. Potain.

Chauveau, loin de se fixer aux sens, fait enregistrer même le jeu des valvules par ces organes eux-mêmes dans son dernier travail.

M. Bard n'a peut-être pas assez fait remarquer que M. Potain accordant encore une large part dans les premiers tracés à la systole ventriculaire dans la ligne ascendante systolique, arrive dans les derniers à la réduire de plus en plus, et même à la supprimer, le repère du premier bruit étant placé au sommet de cette ligne et même sur la ligne descendante qui suit ; le rôle systolique étant, par une théorie singulière, totàlement attribuée à l'oreillette.

M. Bard. Il ne faut pas établir dans les données cliniques la précision rigoureuse qu'y veut introduire M. Potain. Normalement, la contraction auriculaire ne l'emporte sur la contraction ventriculaire que pendant un laps de temps fort court. A l'état pathologique, on peut néanmoins concevoir que la contraction cardiaque maxima corresponde à la systole auriculaire.

Pour démontrer nettement le chevauchement intersystolique, il faut examiner une insuffisance aortique ancienne ayant entraîné une importante hypertrophie ventriculaire. Il faut encore que les artères soient souples et non frappées d'athérome.

M. Josserand. Sans avoir une opinion ferme sur la physiologie pathogique du rétrécissement mitral, je suis depuis longtemps tout à fait sceptique sur l'interprétation classique des signes stéthoscopiques qui le caractérisent. A ce titre, toute conception nouvelle me paraît la bienvenue, et j'ai écouté les très ingénieux développements de M. Bard avec un vif intérêt.

Le mécanisme du chevauchement des systoles qu'il a imaginé, quoique encore hypothétique, a au moins l'avantage d'effacer des dissidences et des contradictions.

On pourrait peut-être, à mon avis, l'accommoder à une autre partie de la séméiologie du rétrécissement mitral qui n'est pas mieux débrouillée que la question du retard réel ou apparent du pouls : je veux dire le dédoublement du second bruit.

Il est des cas assez rares, mais fort nets, où ce dédoublement est perceptible au palper de la pointe, qu'on sent arrêtée pendant son retrait par un nouveau soulèvement : il y a deux soulèvements successifs, ou tout au moins un retrait en deux temps. J'ai diagnostiqué avant toute auscultation des rétrécissements mitraux sur ce seul signe, comme on le fait sur la sensation tactile du frémissement diastolique. Si dans ces cas on applique un stéthoscope ou un polygraphe sur la région apexienne, on voit le levier, soulevé pendant la systole, retomber pendant la diastole en deux temps, rythmant ainsi pour l'œil le dédoublement que l'auscultation prçoit en même temps : phénomène visuel, tactile et auditif sont absolument synchrones.

Il est évident que devant un dédoublement de ce genre la théorie classique de la chute anticipée des sigmoïdes pulmonaires sur les aortiques ou vice versa n'est guère de mise : ce n'est là d'ailleurs qu'un argument de plus, après plusieurs autres, à invoquer contre ce mécanisme qui commence à n'être plus généralement admis. J'ai pris quelques tracés de cas semblables, et dans plusieurs j'ai obtenu une systole longue, composée d'une double systole pour ainsi dire, dont la première égalait souvent en hauteur et dépassait quelquefois la seconde. Je crois qu'il faut voir là simplement l'exagération des variations normales de pression qui ont lieu dans le ventricule pendant sa systole sous l'influence des vibrations de la valvule mitrale et qui s'enregistrent par les ondulations ordinaires du plateau. De même, le retrait en deux temps de la pointe s'observe quelquefois à l'état normal ; il semble dû à la même cause, et le rétrécissement mitral paraît simplement l'exagérer. Je me demande, pour en revenir aux idées de M. Bard, si ces variations de pression intra-ventriculaire au cours de la systole ne sauraient être exagérées par le chevauchement de la systole auriculaire, et si elles ne seraient pas capables de jouer dans certains cas un rôle dans le dédoublement du second bruit.

M. Bard. Pour admettre que l'hypertrophie de l'oreillette joue un rôle dans le dédoublement du deuxième bruit, il faut admettre que sa contraction continue non le début de la systole précédente, mais la suivante. La contraction de l'oreillette commence trop tôt, elle ne se prolonge pas.

Du reste, il est encore bien difficile de conclure. Des examens cliniques et expérimentaux sont encore nécessaires.

Séance du 11 avril.

GREFFE DENTAIRE PAR TRANSPLANTATION TARDIVE.

M. le docteur A. Pont présente une jeune fille de 22 ans à laquelle il a pratiqué une greffe dentaire par transplantation tardive.

Consulté par cette jeune fille pour une carie de l'incisive latérale supérieure droite, trop altérée pour supporter une dent à pivot, il lui proposa de lui transplanter une incisive latérale supérieure droite, absolument saine, qu'il avait enlevée quinze jours auparavant à une enfant de 14 ans dont les dents étaient trop serrées.

Voici comment procéda M. Pont : d'une part, il fit l'extraction de la racine et lava soigneusemant l'alvéole avec de l'eau chloralée ; d'autre part, il trépana la face postérieure de la dent à implanter, vida soigneusement le canal qu'il eut soin d'obturer. Il recouvrit la couronne d'une légère couche de cire, avant de plonger la dent pendant une demi-minute dans l'eau acidulée, pour détruire toute matière

organique adhérente à la racine et protéger en même temps l'émail. Il fit ensuite la transplantation et assura la contention au moyen de simples ligatures au fil de soie pour ne pas s'exposer à infecter l'alvéole.

Il y a un mois qu'il a pratiqué cette intervention. La ligature a été enlevée il y a cinq jours et la dent commence à être solide. La malade n'a accusé un peu de douleur que pendant les trois ou quatre premiers jours qui ont suivi l'opération. Ces phénomènes douloureux s'observent généralement après la greffe.

KYSTE DERMOÏDE EXTRAIT DE LA VESSIE PAR LA VOIE URÉTRALE.

M. A. Carrel, interne des hôpitaux, présente le contenu d'un kyste dermoïde, extrait de la vessie d'une femme par M. Bérard. C'est un paquet de poils jaunâtres, du volume d'une petite pomme dont la surface est calcifiée sur une grande partie de son étendue.

La femme, âgée de 59 ans, mère de trois enfants, n'a jamais éprouvé jusqu'à il y a un an des troubles du côté de ses organes génitaux ou urinaires. Elle a d'abord éprouvé des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, puis les mictions sont devenues fréquentes, douloureuses, et les urines furent bientôt purulentes.

A son entrée dans le service de la clinique chirurgicale, on avait par le toucher rectal la sensation d'un néoplasme du bas-fond de la vessie avec calculose secondaire par infection. On sentait dans le cul-de-sac antérieur de chaque côté du col, de l'empâtement. L'examen de la vessie par un cathéter donnait l'impression de plusieurs petits calculs. M. Bérard pratiqua facilement la dilatation urétrale, et par le toucher intra-rectal constata une masse spongieuse, réductible, donnant la sensation d'une éponge infiltrée de sels calcaire. La réductibilité permit de songer à l'extraction par les voies naturelles. L'extirpation en fut facile avec une petite tenette à calcul sans trop de déchirure de l'urètre et sans hémorragie appréciable. L'index, introduit dans la vessie, pénétra dans un orifice placé sur la paroi latérale gauche, dans une cavité assez volumineuse qui avait servi de réceptacle à la tumeur. On pouvait songer à un kyste de

l'ovaire ouvert dans la vessie, ou plutôt à un kyste dermoïde développé dans le cul-de-sac rétro-vésical.

Lavage et sonde à demeure. L'état de la malade s'est bien amélioré, mais le pronostic reste réservé à cause de cet orifice constaté dans la vessie. Si des symptômes d'infection arrivent, une nouvelle intervention deviendra nécessaire. C'est la voie abdominale que choisira M. Bérard, qui permettra de libérer plus facilement la tumeur et de refaire plus facilement la paroi vésicale, s'il y a nécessité de la réséquer.

NÉVRITE OURLIENNE.

M. H. Dor a recherché les cas de névrite antérieurs à celui qu'il a présenté à la Société. Il en a retrouvé deux cas, l'un de M. Talon, mentionné dans l'article de M. Gallavardin, sur les complications nerveuses des oreillons (*Gazette des hôp.*, 1898), l'autre de M. Blanchard, publié dans le *Bulletin médical*, 1899.

TUBERCULOSE ANO-RECTALE; TUBERCULOSE CUTANÉE SECONDAIRE.

M. Mayet, interne des hôpitaux, présente un malade opéré il y a deux ans, par M. Gangolphe, pour des lésions tuberculeuses ano-rectales et qui, actuellement, est atteint de lésions cutanées très probablement tuberculeuses.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, sans antécédents héréditaires notables, marié, père de neuf ans, dont sept sont encore vivants, bien portants, pas trace de syphilis, si soigneusement qu'on la recherche ; mais jamais santé bien brillante, poumons suspects, alcoolisme professionnel (débitant).

Il y a trois ans, un abcès se forma lentement au niveau de l'anus et s'ouvrit à gauche de celui-ci. Une fistule persista, pour laquelle le malade réclama une intervention. M. Gangolphe enleva une grande quantité de produits caséeux et cautérisa profondément au thermo-cautère la cavité, les trajets fistuleux, les ulcérations superficielles. Ces dernières lésions étaient absolument semblables à celles qui existent actuellement au niveau des membres inférieurs. La fistule se reproduisit.

Il y a huit mois, formation d'un nouvel abcès et, consécutivement, seconde fistule.

C'est à ce moment qu'apparurent les premières déterminations cutanées pour lesquelles le malade est présenté. Ce sont des plaques violacées, de l'étendue d'une pièce de cinq francs ou d'une carte à jouer, à peu près indolores, les unes en voie d'évolution, les autres plus anciennes, cicatrisées. Elles sont très probablement le produit d'une auto-inoculation par grattage.

Vu l'absence de tout antécédent spécifique, l'évolution des lésions, l'inefficacité du traitement mixte auquel le malade a été soumis, enfin la ressemblance de ces lésions cutanées avec des lésions analogues, que M. Gangolphe a eu occasion d'observer chez des sujets atteints d'arthrites fongueuses, la nature tuberculeuse de celles du malade présenté par M. Mayet, doit être admise.

En un mot, malade atteint de tuberculose ano-rectale ancienne avec abcès, fistules, ulcérations, présentant des lésions cutanées des membres inférieurs, à caractères cliniques assez particuliers, assez rarement observés, de nature très probablement tuberculeuse, difficiles à différencier de lésions cutanées syphilitiques d'aspect analogues.

M. Vallas fait remarquer combien différentes de la forme habituelle sont les lésions de tuberculose ano-rectales présentées par le malade de M. Mayet. Au lieu des ulcérations très douloureuses habituellement observées, on a ici des végétations bourgeonnantes, indolores, simulant des papillomes. Il pourrait être utile de recommencer le traitement antisyphilitique en surveillant le malade pour voir s'il l'exécute bien. Les injections de calomel sont utiles en pareil cas, car on est assuré que le malade ne se soustrait pas au traitement.

M. Soulier. A Jérusalem, cet homme serait interné dans une léproserie. Il faudrait rechercher le bacille d'Hansen. A la vérité, un tiers des prétendus lépreux sont des lupiques ou des syphilitiques.

Le Secrétaire adjoint, X. Delore fils.

REVUE DES LIVRES

A. Lacassagne. — **Le Vade Mecum du médecin expert.** 2e édition. Lyon, Stork ; Paris, Masson, 1900. Un vol. in-32 de 324 pages (figures, planches, schémas).

Le public médical avait fait bon accueil au livre du professeur Laccassage puisque voici la seconde édition et on

peut prévoir que le succès ne s'arrêtera pas de sitôt. En effet, le Vade Mecum s'adresse aujourd'hui à tous les médecins, puisque tout praticien peut être appelé à collaborer comme expert à l'œuvre de la justice, d'après les dispositions de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

D'autre part, le mode d'exposition fort heureusement adopté s'adapte à merveille à la destination même du volume. C'est un livre sans phrases, tout en tableaux, planches, figures résumant en quelques lignes et d'une façon complète tous les renseignements dont un expert peut avoir besoin lorsqu'il est appelé inopinément à faire un constat, à pratiquer un examen ou une autopsie, à rédiger un rapport. La conduite à tenir dans chaque cas particulier est exposé avec les plus grands détails; chaque opération est décrite avec une minutieuse attention et on peut dire que dans la pratique médico-légale le Vade Mecum est indispensable pour prévenir un oubli, une erreur quelquefois irréparable. Dans la conduite souvent si délicate des expertises, ce petit volume sera un guide sûr et qui aidera le praticien à résoudre bien des difficultés. A ce point de vue, le Vade Mecum ne s'adresse pas seulement aux médecins légistes, mais surtout à ceux de nos confrères qui peuvent être appelés fortuitement à faire une expertise ou à y participer.

La nouvelle édition s'est enrichie de nombreux éléments qui manquaient à la première (loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, décret du 21 novembre 1893 sur la nomination des experts et le le tarif des expertises, loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail, etc., etc.). Il n'est guère de chapitre qui n'ait été remanié, augmenté, mis au courant des derniers travaux (conservation et embaumement des cadavres, taches, docimasie hépatique).

Le livre du professeur Lacassagne est le fruit d'une expérience de premier ordre dans les choses de la médecine légale. C'est, en 300 pages, un exposé clair et complet de la science, un guide pratique, c'est le bréviaire du médecin expert.

Du pseudo-xanthome élastique, par le docteur René ROUCHAUD, élève de l'École du service de santé militaire. Thèse de Lyon, 1899.

L'auteur a écrit sur cette nouvelle variété de tumeurs une très intéressante monographie, et cela grâce à la compétence bien connue en anatomie pathologique de M. Louis Dor.

Il formule les conclusions suivantes :

Il existe une maladie de la peau, excessivement rare, possédant des caractères anatomiques et cliniques propres que M. Darier a appelée le pseudo-xanthome élastique et qui doit être distinguée du xanthome vulgaire.

Cliniquement, cette affection, comme le xanthome vulgaire, se présente sous deux aspects différents : une forme en plaques disséminées et une forme en tumeur ; notre observation, recueillie dans le service de M. le Prof. Poncet et étudiée par M. Dor, chef du laboratoire, constitue le premier cas de la variété en tumeur.

Anatomiquement, la maladie est caractérisée par une altération toute spéciale des fibres élastiques ; dans la variété en tumeur, ces fibres prolifèrent et constituent une néoformation, tandis que dans la variété en plaques, les fibres sont frappées, au fur et à mesure de leur production, d'un processus dégénératif spécial et d'une segmentation bien décrite par M. Darier.

La conception de la spécificité cellulaire s'oppose à ce que nous envisagions la variété en tumeur comme une véritable tumeur, au sens que ce terme doit avoir dans le langage anatomo-pathologique moderne, et par conséquent à plus forte raison, la variété en plaques, comme une tumeur dégénérée. Il s'agit, dans un cas comme dans l'autre, d'un processus dystrophique spécial à propos duquel on peut faire toutes les hypothèses qui ont été faites au sujet de la nature des xanthomes vulgaires.

REVUE DES JOURNAUX

De la durée de l'immunité provoquée par la vaccination contre la variole, par KUBLER. — Des expériences entreprises par l'auteur, il résulte que l'immunité conférée par la vaccination suivie de succès commence le onzième

jour après la vaccination, mais diminue peu à peu suivant l'individualité du vacciné pour ne durer que quelques mois chez les uns : chez d'autres, elle persiste pendant quelques années. A part quelques exceptions, en général la réceptivité pour le vaccin jennérien existe à nouveau à peu près au bout de dix ans, mais alors même encore cette réceptivité est-elle moindre pour la revaccination que pour la vaccination.

L'observation de l'auteur est surtout intéressante par les points suivants : la variole guérie, pas plus que la vaccination suivie de succès, ne confère une protection durable contre la vaccine, mais il semble que l'immunisation est cependant plus parfaite, plus durable. De même que l'individu qui a été variolé est mieux et plus longtemps immunisé contre la variole que le vacciné, et ce dernier a sur le non vacciné un grand avantage; quoiqu'il ne soit pas à l'abri de la variole, on peut dire cependant qu'il est rare que la variole révèle un caractère alarmant chez le vacciné. Les cas mortels sont des exceptions pendant les dix ou vingt années qui suivent la vaccination. Kubler termine en remarquant la rareté des récidives de variole, mais il prétend que ces récidives sont plus fréquentes cependant que le disaient les vieux médecins. (*Annales d'hygiène publique*, mai 1900.)

Prophylaxie de la tuberculose. — Tout en attribuant la diminution de la mortalité par tuberculose, en Angleterre, dans ces dernières trente années à l'amélioration des conditions hygiéniques dans l'intérieur des habitations, J.-C. Mac Vail engage cependant les municipalités à entreprendre une série de nouvelles mesures de préservation. Parmi ces mesures les plus importantes sont celles qui tendent à :

1° Supprimer la fumée et la suie, et ouvrir ainsi l'accès aux rayons solaires dans les rues et les maisons.

2° Arroser les chaussées et les trottoirs lorsqu'il fait beau pour prévenir le dessèchement et la dissémination des crachats tuberculeux.

3° Procurer une quantité suffisante d'air aux écoles et veiller au renouvellement de l'air.

4° Instituer une inspection régulière des viandes de boucherie par les vétérinaires.

5° Instituer une inspection du lait livré à la consommation.

6° Fonder des sanatorias pour les tuberculeux.

7° Provoquer les déclarations des cas de tuberculose, déclarations volontaires en attendant que l'instruction des masses permette de décréter ces déclarations obligatoires.

8° Multiplier et rendre moins coûteuses les communications entre la ville et la campagne, afin de faciliter aux familles ouvrières un séjour à l'abri de la fumée, de la poussière et de l'air vicié. (*Brit. med. J.*, 21 janv.)

La diphtérie et les oiseaux. — Les bactériologues de profession n'admettent pas de relation entre la diphtérie chez l'homme et les mêmes affections des oiseaux, tels que les pigeons, les poules, les faisans, les chapons. M. Tourner a observé deux fois la coïncidence par rapport au lieu et au temps de cette infection chez l'homme et chez les oiseaux domestiques. Dans un cas, la diphtérie a frappé une femme qui soignait les oiseaux malades. (*Brit. med. J.*, 7 avril, et *Vratch*, n° 19, 1900.)

M. Pidley est également convaincu de la contagiosité de la diphtérie aviaire. Exerçant dans une localité où les habitants pratiquent l'aviculture sur une grande échelle, cet auteur a vu de nombreux cas de diphtérie sur des enfants en même temps que cette maladie sévissait parmi les oiseaux de basse-cour. (*Vratch*, n° 16, 1900.)

Traitement du mal de mer par les inhalations d'oxygène sous pression. — M. le docteur du Tremblay a complété les essais du Dr Dubois (de la Faculté des sciences de Lyon) pour combattre le mal de mer avec de l'oxygène en inhalation. Ce gaz agit le plus souvent et soulage rapidement; les nausées et les vomissements cessent: on ressent un sentiment de bien être auquel succède une période de calme et de sommeil; la respiration incomplète et fréquente se régularise, le pouls remonte, le mal de tête disparaît.

Les malades doivent faire de longues et profondes inhalations bien rythmées: 30 à 40 litres suffisent, on recommence selon les besoins. Ces inhalations doivent être faites, en fer-

mant les narines de façon à ne respirer que de l'oxygène. (*Le monde médical*, mai 1900.)

Sur un symptôme différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. — M. Babinski, dans une étude qu'il vient de publier sur le diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique, donne comme pathognomonique de cette première le *phénomène* dit *des orteils*.

Dans l'hémiplégie organique les réflexes cutanés sont généralement troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement, surtout au début, affaiblis ou abolis.

Le mouvement réflexe des orteils consécutif à l'excitation de la plante des pieds subit ordinairement une inversion dans sa forme ; les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent sur le métatarse. Ce signe, auquel M. Babinski a donné la dénomination de *phénomène des orteils*, appartient à toutes les périodes de l'hémiplégie.

Dans l'hémiplégie hystérique, les réflexes cutanés ne paraissent pas troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement normaux.

Le mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la plante des pieds ne subit pas l'inversion dans sa forme. Le phénomène des orteils fait défaut.

La valeur séméiologique de ce phénomène dans l'hémiplégie organique a été confirmée par les recherches de nombreux neurologistes. (*Gaz. des hôp.*, 8 mai 1900.)

Potion au salicylate de soude.

Salicylate de soude.........	4 à 8 gr.
Curaçao....................	60 —
Eau distillée..............	90 —
Sirop d'écorce d'orange amère.	60 —

A prendre dans les 24 heures avec de l'eau de Vichy.

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

ABLATION DU LARYNX; SES INDICATIONS.

Par M. JABOULAY.

L'indication presque exclusive de la laryngectomie totale est la tumeur maligne du larynx ; car l'on vient à bout d'ordinaire des affections de nature non cancéreuse, par des interventions beaucoup plus simples et plus limitées. Mais il est cependant, par exemple dans le groupe des affections parasyphilitiques de ce conduit, des cas qui résistent à tous les procédés de conservation de l'organe, et qui obligent à son sacrifice pour en finir avec les suppurations, les douleurs et les inconvénients qu'elles entretiennent. Ces éventualités sont rares, les dilatations méthodiques et les sections guérissant la généralité des localisations en question. Cependant, de même que les rétrécissements de l'urètre et du rectum ne sont pas tous curables par les cathétérismes et les incisions, et que quelques-uns d'entre eux doivent être extirpés, de même certaines lésions laryngées, après qu'on les a inutilement dilatées, curetées et fissurées, conduisent à l'excision du larynx.

C'est ce que j'ai été obligé de faire chez un syphilitique de 30 ans, ayant eu son chancre il y a six ans, atteint de rétrécissement incurable du larynx, et inutilement opéré une série de fois. L'histoire de ce malade, dans la période antérieure à la laryngectomie terminale, a été rapportée en juin 1899, au moment où il a été présenté à la Société des sciences médicales par M. Descos (1). Trachéotomisé à la fin de 1897, pour des accidents d'asphyxie par M. Garel, il fut en 1899 laryngofissuré deux fois par nous-même, puis une troisième fois j'incisai le larynx sur toute sa longueur, le détachais de l'épiglotte et étalais sa lumière à l'extérieur en le retournant pour ainsi dire ; la muqueuse laryngée était épaissie et infiltrée sur toute son étendue ; il y eut chaque fois récidive de la sténose, si bien que dans une quatrième intervention, je fis l'excision du rétrécissement, c'est-à-dire de la

(1) Il est aussi rapporté dans la thèse de Sargnon. Lyon, 1899, p. 376.

muqueuse laryngée; celle-ci se reproduisait et était à nouveau le point de départ de bourgeons charnus et de végétations qui donnaient encore une sécrétion purulente. Inutile d'ajouter que les dilatations avaient été vainement essayées et faites de haut en bas et de bas en haut.

C'est devant l'insuffisanee de tous ces moyens, aussi bien que devant le désir formel du malade, que je me décidai à la laryngectomie totale.

Elle fut pratiquée le 14 février 1900, en une demi-heure. Au moyen de la classique incision en T, je détachai en passant sous l'os hyoïde le larynx de haut en bas après l'avoir dénudé sur ses faces latérales, et l'avoir libéré en arrière de la paroi antérieure du pharynx. En haut je passai au-dessus de l'épiglotte et terminai par l'excision en bas, au ras de la canule trachéale qui intéressait les deux premiers anneaux de la trachée, après le renversement en avant de tout l'organe. La forcipressure fut faite à mesure sur les vaisseaux qui donnaient, et la plaie fut tamponnée pendant quelques minutes. Après quoi les pinces furent enlevées sans être remplacées par des ligatures. A la place du larynx, on mit immédiatement un appareil artificiel construit par M. le docteur Martin. Cet appareil avait la forme et les dimensions du larynx normal. Il descendait en bas jusqu'à la canule, et était maintenu en place par deux tiges métalliques qui, partant de son extrémité supérieure, se reliaient à une plaque fixée à la voûte palatine comme un dentier. Deux mois après, M. Martin a remplacé ce mode de suspension par la fixation pure et simple de la pièce artificielle à la canule trachéale.

L'opération eut des suites très simples. Le lendemain, le patient montait tout un étage de l'Hôtel-Dieu pour se faire changer son pansement. Les tampons furent enlevés le quatrième et le cinquième jour, et la plaie cousue par devant l'appareil prothétique le dixième. Il n'y eut à signaler qu'une teinte jaune de la face, et quelques râles de bronchite pendant la première semaine.

La déglutition s'accompagna de rejets de la salive, des liquides buccaux et des liquides introduits dans la bouche, à l'extérieur, par la plaie opératoire pendant près de trois semaines. Au bout de ce temps, le contact était assez parfait entre la pièce artificielle et l'orifice rétrolingual de la plaie

pour que plus rien ne s'écoulât et que l'alimentation naturelle pût être reprise. Pendant toute cette période, le malade avait été nourri au moyen d'une sonde introduite par la fosse nasale gauche dans l'œsophage et l'estomac ; il se faisait lui-même ses injections de lait, de bouillon et de vin.

Le malade est aujourd'hui guéri des inconvénients principaux qu'entretenait son rétrécissement laryngé et surtout de la suppuration qui à un moment avait envahi et inoculé les ganglions sus-hyoïdiens.

M. Martin a l'intention de construire un appareil qui supprimera la portion de la canule trachéale qui se porte à l'extérieur et fait saillie hors du cou. Il ne laisserait qu'un appareil s'introduisant par la bouche jusque dans la trachée et permettant, avec le jeu normal de la respiration, la phonation. Mais la suite de cette observation, en ce qui concerne le fonctionnement du futur larynx artificiel, qui sera différent de celui de Gussenbauër, ne sera publiée que plus tard.

Nous avons voulu surtout insister dans cette note sur l'indication et la nécessité de la laryngectomie totale dans certaines syphilis laryngées, qui restent rebelles au traitement spécifique comme à toutes les méthodes chirurgicales plus simples.

Nous n'avons d'ailleurs pas été le premier à faire cette opération en semblable occurrence. La première laryngectomie totale a trait précisément à un rétrécissement syphilitique. Elle est de Watson. Son malade opéré en 1866 mourut de pneumonie. (Foulis. *Trans. intern. medic. congress.*, vol. III, p. 255, 1881.) Krause (Soc. de médecine de Berlin, *Lyon Médical*, 8 avril 1888) raconte que chez un syphilitique, âgé de 36 ans, il dut faire l'ablation du larynx nécrosé en totalité. Son malade mourut aussi.

Nous n'avons pas à rappeler les résections partielles faites pour des formes différentes de la maladie ; ainsi, Hahn (17e congrès de la Société allemande de chirurgie, 1888, et thèse Sargnon, 1899, p. 389) a pratiqué une hémi-résection laryngée ; d'autres encore ont excisé un rétrécissement annulaire et suturé l'un à l'autre les deux bouts du tube laryngo-brachial.

Ces opérations, on le remarquera, s'adressent à des affections parasyphilitiques, c'est-à-dire qui procèdent, sui-

vant l'expression de Fournier, de la syphilis à l'origine, sans être syphilitiques de nature; elles ne sont justiciables que d'un traitement chirurgical.

L'examen de notre larynx enlevé montre une muqueuse infiltrée dans toute son étendue, irrégulière, bourgeonnante; les cartilages sains au moins extérieurement, mais leurs articulations manquent de souplesse, et eux-mêmes sont ossifiés.

Plus exactement, la pièce comprend l'épiglotte, le cartilage hyoïde, les cartilages aryténoïdes, et la partie postérieure du cricoïde dont la partie antérieure a été enlevée par la trachéotomie. L'épiglotte est réduite de moitié, déchiquetée, épaissie. Le cartilage thyroïde et l'espace intercrico-thyroïdien sont séparés en deux valves par les interventions antérieures, un pont de parties molles haut de 2 cent. relie les deux valves thyroïdiennes. Ce cartilage est lui-même ossifié, sauf au niveau des grandes et petites cornes; le périoste est adhérent, surtout à la face externe, et offre quelques épaississements.

Les aryténoïdes présentent à leur centre un noyau d'ossification, leurs articulations crico-aryténoïdiennes se meuvent difficilement; à droite la synoviale est rudimentaire et des tractus fibreux inter-articulaires s'y sont établis, à gauche la synoviale a disparu, à sa place on trouve une masse de tissus fibro-graisseux.

Quant à la sténose, elle est totale, à peu près circulaire, un peu plus large en avant; son diamètre est de 3/4 de centimètre environ; la muqueuse est molle, tuméfiée; à gauche on ne distingue plus les cordes, il n'y a pas d'orifice ventriculaire; à droite, les deux cordes sont représentées; elles sont séparées par un sillon qui rappelle le sillon ventriculaire, mais la cavité ventriculaire n'existe plus. Sur la paroi postérieure, la muqueuse est irrégulière et sillonnée de plis verticaux très accentués.

Ce cas montre, en somme, que certains rétrécissements dits syphilitiques, étendus du larynx peuvent résister à toutes les méthodes curatives connues: dilatation, laryngofissures, étalement de la cavité laryngée à l'extérieur, laryngectomie sous-muqueuse, et qu'ils conduisent à la laryngectomie totale après l'échec des interventions conservatrices.

VARIÉTÉS

Société nationale de médecine de Lyon (séance du 14 mai 1900). — M. Rafin présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué, pour une ankylose complète du poignet, en septembre 1898, une résection complète du carpe, ainsi que celle des extrémités inférieures du cubitus et du radius. Résultat très bon ; la jeune fille peut travailler.

— M. Poncin, interne à l'hôpital Saint-Joseph, présente une malade du service de M. Goullioud, atteinte d'affaiblissement cérébral, de bouffissure de la face, d'œdème des doigts et des orteils, d'atrophie du corps thyroïde, et pour laquelle on a porté le diagnostic de myxœdème spontané.

— M. Lépine communique en son nom et au nom de M. Boulud le résultat d'expériences sur l'action d'un extrait d'urine diabétique obtenu au moyen du chloroforme. L'injection sous-cutanée de cet extrait à doses très faibles a constamment produit chez les cobayes une glycosurie aiguë durant une huitaine de jours. M. Lépine a obtenu le même résultat avec l'extrait d'urine pneumonique ; il expérimente actuellement avec l'extrait d'urine normale.

Prix Diday. Dans sa séance publique annuelle de 1901, la Société nationale de médecine de Lyon décernera ce prix (400 fr.) à l'auteur du meilleur travail inédit sur les maladies vénériennes. Les manuscrits devront être remis, le 31 décembre 1900 au plus tard, au secrétaire général, M. Marduel.

Ordre du jour du 21 mai :

1° M. Lortet : Urgence du vote de la loi sur la vaccination.
2° M. Aubert : Rapport sur la candidature de M. Garel.
3° M. Lépine : Sur l'hyperglycémie.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 16 mai 1900). — M. Viannay, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société un angiome caverneux du pli du coude enlevé par M. Jaboulay. On ne signale dans les auteurs que deux cas d'angiome de la même région.

— M. Viannay, interne des hôpitaux, présente une malade ayant depuis plusieurs années une nécrose du frontal avec une ulcération à emporte-pièce ayant suivi l'incision de la tumeur prise pour un abcès. Malgré l'absence de tout antécédent syphilitique, M. Jaboulay a porté le diagnostic de nécrose syphilitique. L'iodure de potassium à la dose de 4 gr. n'a pas amené d'amélioration. Une injection sous cutanée de calomel a déjà modifié la plaie, et ce traitement amènera sans doute la guérison de la malade. En terminant, M. Viannay rappelle la fréquence de lésions syphilitiques tertiaires chez des femmes à antécédents inconnus ou méconnus.

— M. Dauvergne, interne des hôpitaux, présente un malade de 51 ans que M. Vallas a opéré d'un néoplasme de l'amygdale ayant envahi une partie du voile du palais, de la base de la langue, et les ganglions de la

région parotidienne correspondante. L'ablation a été relativement facile après la résection préalable de la moitié du maxillaire inférieur. La cicatrisation a été très rapide (dix jours).

— M. le docteur Guinard présente une pièce anatomique intéressante trouvée au cours de recherches expérimentales. Les chiens auxquels on injecte une certaine dose d'apomorphine sont d'abord pris de vomissements, puis d'un besoin de locomotion extraordinaire. Ils sont pris d'un besoin invincible de courir, et cela pendant plusieurs heures. Un des chiens en expérience est mort subitement pendant la course, et à l'autopsie on a trouvé les lésions d'une endocardite récente grave et un caillot fibrineux volumineux dans l'oreille gauche. C'est sans doute le déplacement de ce caillot qui, obturant brusquement l'orifice auriculo-ventriculaire, a déterminé la mort par syncope. Le fait intéressant à retenir, c'est celui d'un animal ayant pu courir une heure et demie avec une pareille lésion cardiaque.

Concours d'agrégation. — Il sera ouvert à Paris, en 1900-1901, des concours pour 36 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Pathologie interne et médecine légale : Paris 5, Bordeaux 2, Lille 1, Lyon 2, Montpellier 1, Nancy 1.

Chirurgie : Paris 3, Bordeaux 1, Lille 1, Lyon 2, Montpellier 1, Nancy 1.

Accouchements : Paris 1, Bordeaux 1, Lyon 1.

Anatomie : Paris 1, Bordeaux 2, Lille 1, Lyon 1.

Histoire naturelle : Paris 1.

Physique : Toulouse 1

Chimie : Bordeaux 1.

Pharmacie : Paris 1, Bordeaux 1, Lille 1, Toulouse 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 17 décembre 1900 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale).

Le 11 mars 1901 pour la section de chirurgie et accouchements.

Le 13 mai 1901 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Élections municipales de Lyon. — A la suite des élections municipales des 6 et 13 mai 1900, ont été élus conseillers municipaux : MM. les docteurs Augagneur, Beauvisage, Devic, Gailleton et Masson, et deux pharmaciens, MM. Deleuvre et Mairet.

Exercice illégal et massage. — Le tribunal correctionnel de Versailles, dans son audience du 27 mars 1900, a condamné à quinze jours de prison et 100 francs d'amende le sieur D... qui a exercé illégalement la médecine, en soignant le sieur C... pour une fracture de jambe. De plus, il avait occasionné une aggravation notable dans la blessure et dans

l'infirmité du malade par la maladresse de ses soins. (*Annales d'hygiène publique.*)

La peste en Égypte. — La peste bubonique qu'on avait signalée avec quelques réserves comme ayant fait son apparition à Port Saïd, y a été officiellement reconnue; les malades ont été isolés à l'hôpital arabe. L'origine de cette invasion paraît être due à la vente de vieux habits venant de Bombay. Quelques cas ont été constatés à Alexandrie; les mesures ont été prises pour empêcher l'extension du fléau. (*Progrès médical.*)

L'admission dans les bibliothèques de l'université de paris. — Le Conseil de l'Université de Paris, ayant été saisi d'une demande formulée par divers membres de la Société des Amis de l'Université à l'effet d'être admis à fréquenter gratuitement les diverses sections de la bibliothèque de l'Université a décidé que les demandes d'admission à la bibliothèque, quelle que soit la section, devraient être adressées à M. Casimir Perrier, président de la Société des Amis de l'Université, qui transmettrait la demande, avec son avis, à M. O. Gréard, président du Conseil de l'Université.

L'admission serait prononcée par le doyen, directeur ou conservateur, en application du règlement qui lui confère le droit de délivrer des cartes de faveur individuellement payantes.

Le Conseil de l'Université, d'autre part, a été saisi de la demande formée par un médecin de l'Université de Montréal, à l'effet d'obtenir que les docteurs étrangers fussent admis à la bibliothèque de la Faculté de médecine, en acquittant seulement le droit de bibliothèque, soit dix francs, sans être tenus à verser le droit d'immatriculation de vingt francs.

Le Conseil, après avis d'une commission spéciale, a exprimé un avis favorable et a étendu la même faveur aux docteurs français.

Quant aux étudiants dont la scolarité est en cours, et à ceux dont la scolarité est terminée, et qui n'ont pas subi l'épreuve de la thèse, le Conseil de l'Université est d'avis que les droits de bibliothèque et d'immatriculation ne doivent pas être disjoints et qu'il y a lieu de maintenir formellement le *statu quo*.

Les femmes pharmaciennes. — Mlle Napias, professoresse du cours de petite pharmacie à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Lariboisière, vient de soutenir devant l'École supérieure de pharmacie de Paris une thèse sur l'action de la bactéridie charbonneuse sur les hydrates de carbone. C'est la première thèse de femme soutenue en pharmacie devant l'Université de Paris. (*Le Progrès médical.*)

Erratum. — N° du 13 mai, page 53, ligne 29, au lieu de sept mois *au* plus, lire sept mois *ou* plus.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Mai	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
6	747	0	741	0	+24.7	14	+ 8.3	5	68	35	0.0	4.2	24
7	743	2	738	24	+19.7	11	+11.9	6	95	71	0.8	6.0	26
8	741	23	736	5	+19.9	13	+ 9.2	5	98	73	11.0	1.7	25
9	741	9	740	17	+20.2	13	+ 8.2	2	79	49	12.9	1.3	26
10	744	24	741	3	+20.3	14	+ 8.6	2	67	39	0.0	2.7	24
11	745	9	744	0	+22.8	13	+ 8.7	2	64	39	0.0	4.9	18
12	745	0	742	24	+22.8	14	+ 7.3	4	76	53	0.0	2.9	29

MALADIES RÉGNANTES. — La mortalité a diminué pendant la 19e semaine : 172 décès au lieu de 182 la semaine précédente et 176 pour la période correspondante de 1899. Le coefficient mortuaire tombe à 19,2 par an et par 1000 habitants.

La morbidité par variole est moindre que la semaine dernière : 56 cas au lieu de 77. C'est sur la rive droite de la Saône et la rive gauche du Rhône qu'existent les principaux foyers. A domicile la maladie n'a fait que 3 victimes; mais à l'hôpital des varioleux (*extra muros*) les décès, à en juger par les semaines précédentes, ont dû s'élever à 12.

Du 9 au 16 mai, les médecins ont encore déclaré au Bureau d'hygiène 13 scarlatines, 1 diphtérie et 1 fièvre puerpérale.

La rougeole est toujours présente ; nombreux cas d'érysipèle.

Les inflammations broncho-pulmonaires aiguës sont moins fréquentes. Toujours des angines érythémateuses et catarrhales.

Quant à la tuberculose en général, et à la tuberculose pulmonaire en particulier, elle continue à faire plus de victimes que ne l'indiquent nos statistiques hebdomadaires pour des raisons bien connues de nos lecteurs.

Sur les 172 décès hebdomadaires, dont 74 dans les hôpitaux civils, 31 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 26 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 12 mai 1900 on a constaté 172 décès :

Fièvre typhoïde....	0	Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	19
Variole	3	Broncho-pneumonie	15	— des reins....	8
Rougeole	3	Pneumonie........	6	— cancéreuses..	11
Scarlatine.........	1	Pleurésie..........	3	— chirurgicales.	2
Erysipèle..........	3	Phtisie pulmonaire.	33	Débilité congénitale	6
Diphtérie-croup ...	0	Autres tuberculoses	2	Causes accidentelles	3
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	4	Aut. causes de décès	22
Affect. puerpérales.	1	Mal. cérébro-spinale*	15		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	2	Naissances	164
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	0	Mort-nés........	11
Bronchite aiguë....	2	Cirrhose du foie ...	3	Décès...........	172

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Assoc. typog., F. PLAN, rue de la Barre, 12.

L'INTERSYSTOLE PHYSIOLOGIQUE ET LES CHEVAUCHEMENTS PATHOLOGIQUES DES SYSTOLES.

Par L. Bard,
Professeur de clinique médicale.

Fin.— (Voir le n° 20.)

IV. — Tout d'abord il importe de ne pas oublier que ce chevauchement reste un fait exceptionnel, même en pathologie. Bien loin qu'il soit la règle en pathologie cardiaque, il est possible de trouver des cas dans lesquels les phénomènes actifs de l'intersystole, démontrés par Chauveau, jouent un rôle prédominant.

On sait que pour Chauveau, pendant l'intersystole, il se produit une contraction des muscles papillaires, qui tend les valvules auriculo-ventriculaires, les prépare à recevoir la pression systolique, mais ne les ferme pas encore. Cette contraction est assez puissante pour soulever le plancher aortique, d'où on peut conclure qu'elle l'est assez pour arrêter le flux du sang venant de l'oreillette, et peut-être même assez, dans certains cas tout au moins, pour produire un bref reflux de ce sang et engendrer un souffle d'insuffisance mitrale. Or, il arrive précisément que dans certains cas d'arythmie bien marqués, on constate à la pointe, de distance en distance, un souffle systolique très bref, très léger, survenant dès le début de la systole et cessant presque aussitôt, sans qu'il y ait d'ailleurs de lésion de l'orifice. On le rencontre aux systoles qui suivent un silence relativement prolongé, c'est-à-dire qui succèdent à une systole brève et abortive; on peut rapprocher ce caractère de ce fait, signalé par Chauveau dans son dernier article (1), que l'intersystole atteint son maximum de netteté et de puissance quand il existe un peu d'arythmie et après les contractions avortées. Ce mémoire de Chauveau m'a inspiré la pensée que ce souffle léger et inconstant de l'arythmie, à caractères si spéciaux, que je considérais simplement jusque-là comme un souffle

(1) *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1900.

systolique par insuffisance fonctionnelle par dilatation, devait être rapporté au contraire à l'espace intersystolique et aux phénomènes actifs dont l'intersystole est le siège. Par là il mériterait le nom de souffle intersystolique.

Le souffle intersystolique atteint sa plus grande intensité dans les cas de rythme couplé; le plus souvent il ne se produit qu'à la systole principale du couple; il en est ainsi notamment quand cette systole principale est très prédominante, quand les systoles avortées la suivent très immédiatement et qu'elle succède, ce qui est la règle en pareil cas, à un silence très prolongé. Dans les cas où la systole avortée est mieux perceptible et plus espacée de la précédente, le souffle peut exister aux deux intersystoles, mais encore plus bref à la seconde ; il simule alors un souffle aux deux temps, quand on méconnaît la nature du rythme et qu'on croit à un ralentissement vrai.

Il est possible d'ailleurs que l'intersystole joue encore un rôle important dans d'autres cas pathologiques, et Chauveau a attiré avec raison sur ce point l'attention des cliniciens.

V. — Par contre, le chevauchement se substitue à l'intersystole, ou plutôt l'absorbe et la couvre, car il n'en supprime pas pour cela les phénomènes spéciaux, quand l'oreillette s'est hypertrophiée et doit prolonger anormalement ses contractions devant un obstacle.

La donnée de ce chevauchement anormal fournit une interprétation très satisfaisante d'un certain nombre de phénomènes signalés par divers observateurs, et ayant donné lieu jusqu'ici à des discussions toujours renaissantes. Dans le rétrécissement mitral, elle explique la très longue durée du bruit de roulement, sans qu'il soit besoin d'admettre qu'une partie de ce bruit est déterminée par la systole ventriculaire, sur laquelle il est vrai qu'il empiète réellement. Les modifications successives de timbre et d'intensité, le caractère progressif du bruit, s'expliquent par la dilatation progressive du ventricule qui modifie l'effet du rétrécissement; le renforcement de la fin est le fait de l'entrée en scène de la contraction ventriculaire, par l'élévation de tension qu'elle détermine. Tous ces détails s'expliquent parfaitement sans qu'il soit besoin d'admettre, avec Dickinson, que la fermeture de la

valvule mitrale est retardée par sa rigidité, ni avec Tripier et Devic, que la fin du bruit de roulement est un bruit protosystolique, en rapport avec les lésions du ventricule, bruit dont la production serait assez difficile à comprendre.

La notion du chevauchement permet encore de faire disparaître les distinctions subtiles et obscures que l'on s'efforce de faire entre les bruits présystoliques et les bruits diastoliques du rétrécissement mitral. En réalité, les bruits pathognonomiques de cette lésion d'orifice commencent avec le début de la contraction de l'oreillette et cessent au moment de la fermeture de la mitrale; leur durée varie avec celle de la contraction auriculaire elle-même, mais à un point de vue élevé, quelle que soit leur durée, ils ne cessent pas d'être présystoliques; leur terminaison seule est fixe et caractéristique, leur début est variable comme longueur, sans que leur mécanisme et leur signification en soient changés. La confusion est venue de ce qu'on a voulu limiter la présystole pathologique à l'espace de temps connu de la présystole physiologique; superposé à un schéma physiologique, le bruit du rétrécissement mitral, quand il est prolongé, couvre à la fois la diastole, le grand silence, la présystole et le commencement de la systole, mais simplement parce que la présystole pathologique s'étale sur la plus grande partie de la révolution cardiaque. Pour moi, quelle que soit la durée d'un bruit ou d'un roulement de cette nature, je le désigne néanmoins sous le nom de présystolique, je le définis par le caractère de sa fin, par ce fait qu'il se continue jusqu'au claquement ou à la vibration de fermeture de la mitrale sans silence interposé; je réserve le nom de bruits diastoliques à ceux qui sont séparés du premier bruit par un silence plus ou moins long, correspondant au grand silence. En un mot, je fais bon marché des divisions *a priori* de la révolution cardiaque dans le temps, pour ne tenir compte que des rapports des phénomènes avec les actes qui se passent alors dans les parois cardiaques elles-mêmes. Sous le bénéfice de cette définition, il n'existe pas de bruit diastolique qui appartienne au rétrécissement mitral, et une grande source de confusion disparaît des descriptions cliniques.

Une autre conséquence de la notion du chevauchement des systoles dans le rétrécissement mitral, est la signification à

donner au retard apparent du pouls radial, signalé par J. Teissier (1) dans cette affection. Pour cet auteur, le retard n'est qu'apparent, parce qu'il n'a lieu que sur le début du choc et non sur le premier bruit ; avec la notion du chevauchement, il devient réel sur le début de la systole. Il importe d'ailleurs de dire que le choc musculaire étant peu marqué dans le rétrécissement mitral, quand il ne s'accompagne pas d'insuffisance aortique, les rapports de ce choc avec le pouls sont le plus souvent difficiles à apprécier et dès lors inutilisables. J. Teissier a d'ailleurs basé sa communication sur des tracés et non sur des constatations de palpation, et, pour le moment tout au moins, je laisse toute discussion et toute interprétation des tracés en dehors de mon étude.

On peut se demander encore si le chevauchement des systoles ne joue pas un rôle dans la production du dédoublement du second temps, ce signe si important du rétrécissement mitral dont le mécanisme de production est loin d'être élucidé. Je ne crois pas que l'on puisse admettre la prolongation jusque-là de la systole auriculaire, aussi longtemps après la fermeture de la mitrale, mais par contre, on peut admettre que la systole auriculaire suivante a déjà débuté, et faire intervenir, non plus à proprement parler, la prolongation de cette systole, mais bien son anticipation, qui en est solidaire et qui relève de la même cause : la nécessité d'une longue durée de la contraction. C'est là évidemment un point à envisager, mais sur lequel je ne saurais formuler encore une conclusion précise.

Dans l'insuffisance aortique, le signe de Tripier, le retard du pouls carotidien, a été nié par Potain et F. Franck, parce qu'ils ont constaté la diminution du retard normal de la carotide sur le premier bruit, qui s'abaisserait de 11 à 6 centièmes de seconde. Le chevauchement des systoles rend au signe de Tripier non seulement sa valeur clinique, mais même sa signification théorique, en expliquant la diminution du retard du pouls sur le bruit signalée par Potain par le retard du premier bruit lui-même sur le

(1) J. Teissier : Retard apparent du pouls radial sur l'impulsion cardiaque. Mécanisme du choc de la pointe chez l'homme. Congrès de médecine de Montpellier, 1898, p. 258.

début de la systole. Le chevauchement, ou plutôt ses variations, expliquent aussi, mieux que ne l'a fait Tripier lui-même, la différence que présentent à ce point de vue les insuffisances endocarditiques et athéromateuses. Tripier explique le retard de l'ondée carotidienne par le temps perdu qui résulte de la lutte de la systole contre le reflux, et il explique son absence dans l'insuffisance athéromateuse par ce fait que la rigidité des artères entraînant alors une marche plus rapide de l'ondée sanguine, cette accélération compense le retard qui est le fait de l'insuffisance elle-même et ramène à peu près à la normale l'écart de la pulsation carotidienne et du choc de la pointe du cœur. Dans la thèse de Roque (1), inspirée par lui, il a cherché à démontrer expérimentalement cette différence de rapidité de propagation de l'onde liquide, dans les deux groupes de cas, en comparant sa marche dans des tubes de verre et dans des tubes de caoutchouc.

Le chevauchement des systoles permet de comprendre tout autrement, et d'une façon beaucoup plus plausible, l'influence de l'athérome sur le degré du retard dans les deux ordres d'insuffisances aortiques. Le retard carotidien dépend du degré de chevauchement des systoles, et celui-ci dépend de l'obstacle opposé à l'évacuation de l'oreillette, dans l'espèce, du degré du reflux aortique; or, ce reflux est très considérable, toutes choses égales d'ailleurs, avec une aorte souple, qui se distend à chaque ondée partie du ventricule et revient ensuite sur elle-même, rendant au moment de la diastole cardiaque, en choc en retour, la force emmagasinée par ses parois; au contraire, le reflux est faible avec une aorte rigide, qui ne se laisse pas distendre et ne revient pas sur elle-même. Les caractères du souffle sont différents dans les deux cas et en rapport avec cette donnée; il est plus intense et surtout beaucoup plus prolongé dans le premier groupe de faits que dans le second, quelquefois même dans ce dernier il fait complètement défaut. De même le choc en dôme, effet et témoin de la dilatation de la pointe, elle-même résultat du reflux, est plus accusé et plus large dans les insuffisances endocarditiques que dans les insuffisances athéromateuses.

(1) Roque: Du retard carotidien dans l'insuffisance aortique. Thèse de Lyon, 1886.

Il est plus difficile de dire si le chevauchement des systoles joue un rôle dans la production de la brusquerie et de la verticalité de la ligne d'ascension du pouls propres à l'insuffisance aortique. Il est possible que la superposition des efforts auriculaires et ventriculaires dans la période de début de la systole ventriculaire permette à la pression d'atteindre plus rapidement un degré élevé, élévation qui précipiterait la ligne d'ascension dès que le reflux vaincu en permet le commencement. L'absence du même effet dans le rétrécissement mitral s'expliquerait aisément par la moindre transmission de la tension auriculaire à travers l'orifice rétréci, et par ce fait que le volume du sang expulsé du ventricule est diminué dans le rétrécissement mitral, alors qu'il est augmenté dans l'insuffisance aortique.

Les lésions similaires des orifices tricuspide et pulmonaire produiraient sans doute les mêmes effets et prêteraient aux mêmes considérations, mais leur extrême rareté ne m'en a pas permis l'étude.

Le chevauchement des systoles est facile à comprendre, et il me semble aussi à démontrer, dans les cas de prolongation de la contraction de l'oreillette, mais on doit se demander s'il ne pourrait pas aussi se produire dans les cas d'augmentation de durée de la systole ventriculaire, telle qu'on la rencontre dans l'hypertension d'origine artérielle ou rénale. En pareil cas, ce serait l'anticipation de la contraction ventriculaire qui la ferait se superposer à la fin de la contraction auriculaire, mais l'absence d'hypertrophie de l'oreillette ne lui permettrait d'exercer qu'une bien faible influence sur la fermeture de la mitrale, et le chevauchement ne pourrait atteindre ni l'importance ni les effets marqués que nous lui avons reconnus dans le rétrécissement mitral et dans l'insuffisance aortique. Cette question doit cependant être examinée avec soin, parce que Potain attribue le bruit de galop à la mise en tension des parois du ventricule pathologiquement rigides par la contraction auriculaire, qu'il admet en pareil cas un soulèvement présystolique de la pointe, et qu'il explique par l'intervention de l'oreillette la bifidité des tracés cardiaques obtenus par D'Espine dans ces cas, tous phénomènes qui pourraient être en rapport avec l'empiètement des systoles.

Avant de connaître les chevauchements, j'admettais pure-

ment et simplement la théorie de D'Espine de la contraction ventriculaire en deux temps, en pensant toutefois que le bruit de galop était surtout rotatoire et musculaire, en rapport avec la prolongation de la contraction, alors que D'Espine l'attribue à la vibration de la mitrale produite par chaque effort du cœur et par suite redoublée comme lui. Après avoir étudié le chevauchement des systoles, j'ai pensé que le bruit de galop pouvait être dû, comme le veut D'Espine, à une vibration mitrale redoublée, mais avec cette variante que la première vibration serait due à la fermeture de la mitrale survenant dès le début de la systole ventriculaire, mais un peu assourdie par l'appui de l'oreillette, encore contractée, mais non hypertrophiée, et trop faible pour empêcher cette fermeture, le bruit suivant étant dû à une seconde vibration sur la valvule déjà fermée, au moment où cessait la contre-pression auriculaire. J'avoue que cette explication reste un peu compliquée et très incertaine ; je placerais volontiers l'influence possible de l'anticipation de la systole ventriculaire sur la production du bruit de galop, à côté de celle de l'anticipation de la systole auriculaire sur le dédoublement du second bruit, c'est-à-dire que je n'attache à l'une et à l'autre d'autre valeur pour le moment que celle d'imposer un nouvel examen des théories pathogéniques, toutes incomplètes ou très discutables de ces deux bruits anormaux.

VI. — Les détails qui précèdent montrent le rôle que doit prendre la donnée du chevauchement des systoles dans l'interprétation d'un certain nombre de phénomènes d'auscultation ou d'exploration cardiaques déjà décrits ; bien plus important au point de vue clinique est le rôle qu'elle doit prendre pour permettre d'apprécier les variations du fonctionnement pathologique du cœur, suivant les périodes de la maladie, suivant les influences transitoires ou durables qui peuvent agir sur ce fonctionnement. — Il importe, en effet, de savoir que les révolutions cardiaques successives sont loin d'être parfaitement identiques ; l'énergie et la durée des contractions, le degré de réplétion ou d'évacuation des cavités varient suivant des circonstances multiples, au même titre que la vitesse des battements. Les mouvements, les efforts, la fatigue les modifient, d'autant plus facilement et plus pro-

fondément que le cœur est plus instable ou plus susceptible. Le chevauchement des systoles est lui-même un phénomène de compensation et de défense, un moyen que prend le cœur pour rétablir un équilibre compromis, il est modifié par toutes les causes qui agissent sur les contractions des parois ou le contenu des cavités, et il importe de dégager l'influence et les effets de chacune de ces causes. Le chevauchement fait défaut ou est réduit à son minimum, quand les lésions sont légères et troublent peu le mécanisme fonctionnel du cœur ; léger ou marqué, il est très fixe quand les battements sont calmes, tranquilles, non accélérés, quand les lésions sont torpides, cicatricielles et bien tolérées. Il est au contraire plus intense, et surtout plus variable, plus facilement modifié par les causes occasionnelles, dans les conditions inverses. C'est ainsi que, au cours de l'évolution d'une même affection, le chevauchement des systoles se modifie et s'accuse à mesure que les lésions s'accentuent, et surtout il contribue par ses variations à en traduire les modalités, l'activité inflammatoire ou la passivité cicatricielle.

Ses degrés peuvent encore fournir de précieux renseignements sur l'intensité des troubles mécaniques, sur le degré de l'hypertrophie de l'oreillette et sur sa puissance d'action et de résistance.

Tous ces détails, toutes ces applications cliniques ne pourront d'ailleurs être précisées et prendre toute leur valeur que lorsqu'elles auront été l'objet de recherches plus multipliées.

Dès à présent, la palpation large permet d'aborder avec fruit cette étude ; mais il y aura lieu aussi de s'aider de l'interprétation des tracés cardiographiques ; quelque réelles que soient leurs causes d'erreur, ils ne méritent peut-être pas le dédain que paraît maintenant leur témoigner Chauveau. Par la place qu'occupe le ressaut auriculaire sur la ligne ascendante, par la mensuration exacte des distances qui le séparent des autres accidents du tracé, on peut apprécier la durée des deux systoles, l'existence et les variations de leur chevauchement, et par elles compléter ou faciliter les recherches de palpation simple. J'avoue cependant que, jusqu'à plus ample informé tout au moins, la palpation large, avec tous les renseignements délicats et précis qu'elle fournit, m'inspire pour cette étude plus de confiance, et me paraît donner

plus de sécurité dans l'appréciation des divers phénomènes, que l'inspection et la discussion des tracés les plus soigneux et les plus exacts. Par contre, les tracés deviennent nécessaires pour mesurer avec exactitude les durées des actes cardiaques et la valeur de leurs écarts.

VII. — Il résulte de tout ce qui précède que les controverses soulevées par les observations de Potain et les nouvelles recherches de Chauveau peuvent conduire à des conséquences cliniques importantes, à la condition qu'elles soient éclairées et complétées par l'étude des cœurs pathologiques à l'aide de la palpation large :

D'une part, l'intersystole active, introduite par Chauveau dans la physiologie normale du cœur, se retrouve dans certains états pathologiques ; elle apparaît dans diverses variétés de l'arythmie, et il y a lieu de décrire des souffles intersystoliques.

D'autre part, le mouvement de soulèvement de la pointe du cœur qui précède le premier bruit, bien mis en lumière et étudié par Potain, présente une grande importance clinique ; mais au lieu d'y voir avec cet auteur un fait physiologique général, lié à la surdistension du ventricule par l'effort de l'oreillette, il faut y reconnaître un fait pathologique, spécial à certaines affections, en rapport avec une phase de contraction simultanée des oreillettes et des ventricules, avec un véritable chevauchement des systoles.

SUR UN CAS D'HÉMIANESTHÉSIE ORGANIQUE PAR LÉSION LOCALISÉE A LA COUCHE OPTIQUE.

Par le docteur J. Mollard, médecin des hôpitaux.

La localisation intra-cérébrale du carrefour sensitif, qui paraissait établie sur des bases inébranlables, a été récemment remise en discussion. Il est donc intéressant de verser aux débats un document nouveau. En outre, la rareté même des faits d'hémianesthésie organique suffirait à justifier la publication de l'observation suivante.

M... (Sylvestre), âgé de 71 ans, tisseur, entre dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Irénée, n° 50, le 22 février 1900.

Antécédents paternels et maternels mal connus. Une sœur morte d'un ictus apoplectique. Antécédents personnels : bonne santé antérieure, sauf à diverses reprises des affections pulmonaires aiguës de peu de gravité. Pas d'alcoolisme. Un enfant né avant terme, un autre mort à 5 ans de maladie inconnue. Depuis quelques années, le malade est porteur d'une ulcération cancroïdale qui a entaillé profondément la lèvre supérieure dans sa moitié droite. Les ganglions lymphatiques voisins ne sont pas tuméfiés. Dans son adolescence le malade a eu un phlegmon du membre inférieur gauche.

Maladie actuelle. Le 19 février dernier, le malade a été pris brusquement, vers 11 heures du soir, de vertiges. Il a crié et prononcé quelques paroles incohérentes, et presque aussitôt a perdu connaissance. Une heure après environ il est revenu à lui et s'est aperçu qu'il ne pouvait pas mouvoir ses membres du côté droit. Depuis lors, la motilité est revenue à peu près complètement dans les membres primitivement paralysés.

En effet, à son arrivée à l'hôpital, le malade ne ressemble nullement à un hémiplégique vulgaire. Il meut spontanément ses membres du côté droit et exécute sans difficulté avec eux les mouvements qui lui sont commandés. Il existe cependant une certaine diminution de la force musculaire, mais cette diminution n'est pas très accusée, ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant serrer sa main par celle du patient, ou en le faisant résister à la flexion ou à l'extension de ses membres.

La face n'est pas sensiblement déviée, la langue est légèrement déviée à droite, mais a conservé toute sa mobilité. Aucun embarras de la parole, aucun signe d'aphasie.

Les réflexes tendineux sont nuls des deux côtés. Les réflexes crémastériens sont abolis. Le réflexe plantaire persiste des deux côtés. Le réflexe conjonctival et le réflexe cornéen n'existent pas à droite.

En opposition avec le peu d'intensité des troubles moteurs, il existe des troubles considérables de la sensibilité. La sensibilité au contact, à la douleur et à la température est abo-

lie ou extrêmement diminuée dans toute la moitié droite du corps, aussi bien sur les muqueuses que sur la peau.

Cette anesthésie est la cause de certains troubles du mouvement qui paraissent contradictoires avec ce que nous venons de dire de l'absence de paralysie vraie. Ainsi il peut très bien saisir avec la main droite un objet, mais il lui est impossible de le garder longtemps dans la main, car il ne le sent pas. De même le malade a les plus grandes difficultés pour se tenir debout et pour marcher, car il ne sent pas le sol, et il a vraisemblablement perdu le sens musculaire.

Il existe aussi des troubles du côté des organes des sens. L'état de la vision est d'une appréciation très-difficile. On constate en effet sur le centre de la cornée droite un leucome qui depuis longtemps a déterminé un affaiblissement de la vue du côté droit. Mais, cette réserve faite, il ne semble y avoir ni amblyopie provoquée par la maladie actuelle, ni rétrécissement du champ visuel. Il n'y a certainement pas d'hémianopsie, ni de dyschromatopsie.

L'odorat est très diminué au niveau de la narine droite. Le malade ne perçoit pas l'odeur de l'éther, de l'eau de Cologne, du salicylate de méthyle. Il réagit à peine en respirant de l'acide acétique, dont il ne reconnaît du reste pas l'odeur. A gauche, mêmes constatations, sauf une réaction vive à l'acide acétique. Donc anosmie bilatérale. La sensibilité générale de la muqueuse nasale est abolie à droite, conservée à gauche. La différence de réaction à l'acide acétique entre la narine droite et la narine gauche est probablement en rapport avec la disparition à droite et la conservation à gauche de cette sensibilité générale.

Du côté de l'ouïe, il existe une diminution bilatérale. Mais le malade dit qu'il était un peu sourd avant sa maladie actuelle. Il entend une montre à 2 centimètres à gauche, et au contact à droite.

Le goût est aboli des deux côtés. La sensibilité générale de la langue est conservée à gauche et considérablement diminuée à droite.

Il y a lieu de tenir compte, en ce qui concerne les troubles sensoriels, de ce fait que le malade est d'une intelligence

très obtuse et qu'il est souvent très difficile d'obtenir de lui des réponses précises.

Pas de troubles des sphincters.

Pas d'albuminurie.

Poumons : emphysème avec quelques râles de bronchite.

Cœur normal.

Quelques jours après son entrée, le malade est opéré sans anesthésie de son cancroïde de la lèvre supérieure. Il ne souffre pas.

28 février. On constate dans une petite zone, à la face externe de l'avant-bras, un léger degré de sensibilité au contact.

1er mars. Un peu de sensibilité à la piqûre dans la région du genou.

6 avril. Depuis quelque temps le malade a eu à diverses reprises de la rétention d'urine, due à une hypertrophie prostatique, et qui a nécessité le cathétérisme. Il présente actuellement des signes d'infection urinaire : langue sèche, rôtie; urines troubles, brunâtres, très albumineuses; douleur très vive à la pression au niveau des deux reins.

Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons. Pas d'œdèmes. Subdélire.

12 avril. Mort.

13 avril. *Autopsie.*

Poumons : Emphysémateux. Léger épanchement dans les deux plèvres, sans inflammation pleurale.

Cœur : 380 grammes. Surcharge adipeuse. Un peu de péricardite sèche. Myocarde mou, friable, feuille morte. Un peu d'athérome de l'aorte. Épaississement scléreux du bord libre de la mitrale et de la partie supérieure des piliers.

Foie : Volumineux.

Rate : Très molle.

Reins : 280 et 400 grammes. Pyélonéphrite suppurée très accusée.

Vessie à colonnes. Prostate hypertrophiée et siège d'un abcès.

Cerveau : Athérome léger des artères. L'hémisphère droit est sain.

Dans l'hémisphère gauche on ne trouve pas d'autres lésions qu'une petite lacune située sur la face externe du noyau

lenticulaire et un foyer hémorragique dans la couche optique. Ce foyer, de coloration rouge-brun, présente sur la coupe de Flechsig des dimensions de 14 millimètres dans son plus grand diamètre qui est dirigé de dehors en dedans et d'arrière en avant, et de 3 millimètres dans le plus petit diamètres perpendiculaire au précédent. Relativement aux diamètres vertical et antéro-postérieur de la couche optique, la lésion occupe à peu près le centre de ce noyau, et presque exclusivement sa moitié externe. Elle n'atteint ni la face supérieure, ni la face inférieure du thalamus. Elle respecte entièrement le pulvinar et les corps genouillés. Elle paraît plus développée dans la partie inférieure que dans la partie supérieure de l'organe. Elle occupe donc surtout la partie inféro-externe du thalamus, dans sa région moyenne.

La capsule interne est absolument intacte, ainsi que l'isthme, la protubérance, le cervelet et le bulbe rachidien.

Il nous reste à faire ressortir les traits saillants de l'observation qui précède. Nous nous placerons successivement au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique.

Au point de vue anatomo-pathologique, il résulte de notre observation qu'une hémianesthésie du type capsulaire peut exister sans lésion capsulaire, sans lésion de ce qu'on a appelé jusqu'à ces derniers temps le carrefour sensitif, c'est-à-dire du tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne. Le fait a été sinon constaté positivement, au moins prévu et annoncé de la façon la plus précise par M. Déjerine et son élève Long (1). En s'appuyant sur une série d'arguments empruntés à l'anatomie normale ou pathologique, et à l'expérimentation, ces auteurs sont arrivés à affirmer très nettement « qu'il n'existe pas de faisceau sensitif distinct dans le segment postéireur de la capsule interne ». Le ruban de Reil, qui provient de la calotte du pédoncule cérébral, s'arrête dans le thalamus. De là repart un autre système de fibres : les fibres thalamo-corticales. Ces

(1) Déjerine et Long. Sur la localisation de la lésion dans l'hémianesthésie dite capsulaire. Société de biologie, 24 décembre 1898.

Long. Les voies centrales de la sensibilité générale (étude anatomo-clinique). Thèse de Paris, 1899.

dernières passent alors par la capsule interne, mais mélangées avec les autres fibres verticales et transversales, et en particulier avec les fibres de la voie pyramidale qui occupent le genou et le segment postérieur de la capsule interne jusqu'à la région rétro-lenticulaire exclusivement,

Ceci étant, MM. Déjerine et Long se sont demandé quelle était la localisation qui produisait le plus sûrement l'hémianesthésie. Pour eux, c'est surtout lorsque le thalamus est lésé, particulièrement dans sa partie inféro-externe, que l'hémianesthésie est persistante. Cette opinion est fondée surtout sur deux cas de lésions centrales du cerveau dans lesquels les troubles de la sensibilité faisaient défaut. Dans le premier cas, le segment postérieur de la capsule interne est détruit et la couche optique est intacte; dans le second, la lésion n'atteint qu'une partie du segment postérieur de la capsule interne, et dans la couche optique elle n'intéresse que les noyaux antérieur et interne, et respecte le noyau externe.

Il s'agit là d'une preuve négative. Or notre observation fournit précisément la preuve positive de l'exactitude de la localisation admise par MM. Déjerine et Long, puisque c'est une lésion très limitée, localisée au noyau externe de la couche optique, avec un très léger empiètement sur le noyau interne, qui a déterminé, en l'absence de toute lésion capsulaire, une hémianesthésie totale et persistante de la sensibilité générale.

Au point de vue clinique, nous ne pouvons que confirmer aussi de la façon la plus absolue l'opinion de MM. Déjerine et Long au sujet des caractères différentiels entre l'hémianesthésie cérébrale organique et l'hémianesthésie hystérique. Il n'est pas vrai que ces deux variétés d'hémianesthésie soient de tous points comparables l'une à l'autre et qu'il soit très difficile, parfois presque impossible, de les distinguer cliniquement l'une de l'autre.

Nous n'insisterons pas sur les caractères bien connus de l'hémianesthésie hystérique. L'hémianesthésie organique est moins absolue et elle va en s'atténuant progressivement. Les sensibilités sensorielles n'y sont point troublées de la même façon que dans l'hémianesthésie hystérique. Les sens présentent en général un affaiblissement bilatéral dont l'in-

terprétation ne peut pas être fournie pour le moment avec certitude. Enfin, et ce dernier caractère n'a pas été indiqué par les auteurs que nous avons plusieurs fois cités, les malades ont conscience de leur anesthésie. Celle-ci les entrave dans l'accomplissement des actes volontaires, tandis que l'hémianesthésie hystérique reste le plus souvent ignorée des malades et ne gêne en aucune façon leurs mouvements.

Ces divers caractères se retrouvent très nettement dans notre observation. Les troubles de la sensibilité étaient énormes, mais il ne s'agissait cependant pas d'une hémianesthésie absolument totale, et, au bout de quelques semaines, on voyait apparaître çà et là quelques zones au niveau desquelles le malade percevait le contact et même la piqûre. Les troubles de la vue, d'une appréciation difficile, nous avons dit pourquoi, semblent avoir été à peu près nuls. Il n'y a eu ni amblyopie croisée, ni hémianopsie, et la raison en est facile à donner : la lésion très limitée n'atteignait en aucun point les voies optiques. L'odorat, le goût et l'ouïe au contraire étaient très diminués ou abolis et à peu près également des deux côtés. Mais ces modifications tenaient au moins en partie à des altérations des organes des sens eux-mêmes, altérations antérieures à la lésion cérébrale. D'autre part, le malade très peu intelligent et fortement obnubilé ne savait pas rendre un compte exact de ses sensations. Peut-être aussi la lésion de la couche optique jouait-elle un rôle dans la production de ces troubles sensoriels; mais il nous est impossible pour le moment d'affirmer aussi bien que de nier ce rôle.

En résumé, l'observation que nous venons de relater vient entièrement à l'appui des conclusions de M. Déjerine sur la localisation du carrefour sensitif dans la région centrale du cerveau. Ce n'est plus la capsule interne, c'est une région immédiatement adjacente, la partie externe de la couche optique, qui mérite d'être ainsi qualifiée. Bien que l'écart ne soit pas grand entre les deux localisations, on ne peut cependant méconnaître l'importance qu'il y a à connaître exactement le trajet des voies sensitives dans le système nerveux central.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 7 mai 1900. — Présidence de M. Horand.

HÉMIANESTHÉSIE D'ORIGINE ORGANIQUE.

M. Mollard fait une communication sur ce sujet. (Voir page 117.)

M. Collet. L'intéressante observation de M. Mollard doit probablement ses particularités et l'intégrité relative des organes des sens à la faible étendue de la lésion. On peut avoir en effet dans les lésions de la capsule interne et de son voisinage une hémianesthésie sensitivo-sensorielle d'un type particulier, ainsi que j'en ai communiqué un cas à la Société de médecine il y a deux ans. L'hémianesthésie, d'ailleurs absolue, s'accompagnait d'hémianopsie, d'abolition unilatérale de l'ouïe, et d'abolition de l'odorat du côté opposé à l'hémianesthésie. Ce dernier caractère me paraît devoir être rangé au nombre de ceux qui permettent de distinguer l'hémianesthésie organique de l'hémianesthésie hystérique. De cette observation et d'autres encore je crois pouvoir conclure que les voies olfactives ne se décussent pas et n'ont que peu de rapport avec la capsule interne ou son voisinage.

M. Chatin. L'hémianesthésie organique, dont j'ai observé plusieurs exemples au Perron, m'a paru surtout prononcée aux extrémités des membres, s'atténuant de là progressivement. Les organes des sens sont pris rarement et d'une façon superficielle.

Quel était dans le cas de M. Mollard l'état de la sensibilité thermique ?

M. Mollard. Je n'ai pu examiner suffisamment le malade à ce point de vue.

M. Collet. Je crois, comme M. Chatin, que les troubles des organes des sens sont rares au cours de l'hémianesthésie organique, déjà rare elle-même. Il faut probablement pour les produire des lésions étendues. Dans le cas personnel auquel je faisais allusion il y avait un vaste ramollissement diffus des centres nerveux intéressant la partie postérieure de la capsule interne, mais pénétrant dans la profondeur de l'hémisphère, s'étendant en avant jusqu'au noyau caudé et au-dessous de lui. On comprend que les centres olfactifs soient ainsi intéressés.

Le Secrétaire-adjoint, F.-J. Collet.

Séance du 14 mai.

RÉSECTION DU POIGNET POUR ANKYLOSE.

M. Rafin présente une malade à laquelle il a pratiqué la résection du poignet droit pour une ankylose complète, en mauvaise position.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, d'antécédents suspects : le père et la mère sont morts de tuberculose pulmonaire et elle-même a eu en 1894 une bronchite avec hémoptysie.

En 1896, à ce moment âgée de 16 ans, elle eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu : les articulations envahies furent les cou-de-pied, le poignet et l'épaule gauches, le poignet droit.

La crise fut aiguë, la fièvre dura un mois. Elle fut soignée par l'antipyrine et le salicylate de soude.

Puis, tandis que les autres articulations recouvraient leurs fonctions, le poignet droit resta enraidi.

En décembre 1896, une tentative de mobilisation avec anesthésie resta sans résultat, et malgré les traitements employés, l'ankylose est complète en septembre 1897, et, de plus, elle est en mauvaise position ; la main est fléchie et déjetée vers le bord cubital ; les doigts sont enraidis, et la malade, privée entièrement de l'usage de la main droite, est complètement incapable de gagner son pain.

Un moulage permet de se rendre compte de la déformation du poignet.

L'opération fut pratiquée le 14 septembre 1898. L'ankylose était complète, et la résection permit l'ablation de tout le carpe et des extrémités radiale et cubitale formant un seul bloc osseux.

M. Rafin a présenté cette malade, parce que les résections pour ankylose du poignet ne sont pas très fréquentes. Dans son Traité, M. Ollier ne mentionne que deux cas personnels. La pièce enlevée présente de l'intérêt en raison de la soudure complète des os du carpe et de l'extrémité des os de l'avant-bras.

Quant au résultat, il est satisfaisant.

Chez ses deux malades, M. Ollier a obtenu des mouvements de flexion et d'extension dans une étendue de 25°. Il en est de même ici.

Les mouvements de pronation et de supination se font bien, mais ils sont surtout attribuables à une suppléance produite au niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure. Enfin, les mouvement d'abduction et d'opposition du pouce se font bien.

La malade fait le poing, et la force de la main est égale aux deux tiers de l'autre main. Enfin, la malade travaille et gagne sa vie.

MYXŒDÈME NON OPÉRATOIRE.

M. Poncin, interne de l'hôpital Saint-Joseph, présente une malade du service de M. Goullioud, qui est un cas un peu fruste de myxœdème spontané.

Cette femme, âgée de 37 ans, mère de trois enfants, a eu, il y a quatre ans, une très forte hémorragie, ayant accouché sans secours, dans un hameau isolé de l'Ardèche. Quand une sage-femme arriva la femme était en état syncopal. Elle se remit très lentement de son anémie et ne revit plus ses règles. Il y a un an, sa famille commença à remarquer un changement de son caractère ; mais c'est surtout depuis six mois que son état s'est transformé.

Ses parents insistent d'abord sur la transformation de son intelligence, de sa volonté, de sa parole. D'active, elle est devenue lente, somnolente, inactive, comme enfantine. Sa parole est traînante et sa mémoire infidèle.

Cet hiver, elle était comme engourdie avec du refroidissement des extrémités, légèrement œdématiées. Elle se plaignait en outre de lassitude, d'essoufflement, de crampes dans les membres. Cependant son état général n'expliquait pas cette transformation.

La face revêt nettement l'aspect crétinoïde : masque sans intelligence, de la bouffissure et de la pâleur sans albuminurie.

Les mains sont un peu œdématiées, froides, raides, maladroites. La malade a de la peine à s'habiller. Œdème sus-malléolaire.

Boursoufflure et rougeur des gencives. Langue empâtée.

Le corps thyroïde est manifestement atrophié et est réduit à deux petits lobes, du volume d'une noisette.

L'utérus est atrophié, comme un utérus sénile.

Enfin la malade est glabre ; elle a perdu les poils des régions sus-pubienne, axillaire, des membres, et en partie des sourcils. Les cheveux sont secs, décolorés et tombent facilement.

Les causes d'erreur, telles qu'anémie, néoplasme latent,

néphrite, etc., ont été recherchées et évitées avec soin. Bref, le diagnostic de myxœdème spontané semble s'imposer. L'opothérapie thyroïdienne commence à améliorer la malade.

M. Delore a vu un état de déchéance analogue chez une malade qui avait eu de l'éclampsie et chez une autre qui avait été atteinte d'infection puerpérale. M. Goullioud n'a-t-il rien à signaler dans le passé puerpéral de sa malade ?

M. Goullioud répond que rien ne lui fait supposer que sa malade ait eu jamais de l'éclampsie ou de l'infection puerpérale. Un seul fait est établi, c'est une hémorragie grave de la délivrance lors du dernier accouchement.

M. Lépine a vu un seul cas de myxœdème spontané ; l'infiltration de la peau était beaucoup plus accusée que chez la malade de M. Goullioud. Le diagnostic porté par ce dernier ne lui paraît pas moins très rationnel.

SUBSTANCE DIABÉTOGÈNE DANS L'URINE.

MM. Lépine et Boulud. On sait que d'après le professeur Léo (de Bonn) l'urine des diabétiques renferme une substance susceptible de produire une légère glycosurie chez des animaux qui ingèrent en même temps un peu de sucre (en quantité insuffisante pour produire à elle seule de la glycosurie alimentaire). M. Léo n'a pu réussir à isoler cette substance.

MM. Lépine et Boulud ont évaporé dans le vide plusieurs litres d'urine de deux diabétiques, un d'eux dans la force de l'âge et présentant un diabète d'intensité moyenne. (Chez l'un il y avait de l'acétonurie). Le résidu a été mélangé à du sable stérilisé, et porté dans l'étuve à 50° C, jusqu'à ce que la masse fût bien sèche. Elle a alors été épuisée par le chloroforme, puis ce dernier a été évaporé. Il reste une matière jaune, insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'eau sodée et un peu soluble dans l'huile. Injectée sous la peau des cobayes, elle n'amène pas de réaction locale et n'altère pas la santé générale de l'animal, mais elle produit une glycosurie *qui dure plusieurs jours*. Il s'agit bien de *glycosurie*, car l'urine dévie *à droite* la lumière polarisée et, additionnée de levûre de bière, laisse dégager de l'acide carbonique.

Le sang d'une petite chienne rendue ainsi glycosurique a renfermé jusqu'à 3 gr. 5 de sucre °/₀₀, c'est donc une très forte hyperglycémie. La substance en question produit donc

une espèce de diabète, et non une glycosurie du genre de celle que provoque la phlorizine. Mais, contrairement à ce qu'a vu M. Léo, ce n'est pas seulement dans l'urine des diabétiques que l'on peut trouver une substance diabétogène : MM. Lépine et Boulud l'ont rencontrée dans l'urine des pneumoniques.

M. Soulier demande à M. Lépine quelle idée théorique guidait M. Léo dans les recherches auxquelles il a fait allusion. M. Léo considérait-il cette substance diabétogène comme une toxine ? Pensait-il prouver la nature toxique du diabète ?

M. Lépine réqond que telle en effet a été la pensée de M. Léo, lequel a publié un ouvrage où sont relatés des cas de diabète contagieux, principalement des cas de diabète conjugal.

SUR LE PRÉTENDU DIABÈTE CONSÉCUTIF A LA LIGATURE DU CANAL THORACIQUE.

M. Lépine a pratiqué chez plusieurs chiens la ligature du canal thoracique, et, contrairement à ce qu'a annoncé Riedl, il n'a pas vu que ces animaux devinssent glycosuriques et n'a constaté chez eux qu'un léger degré d'hyperglycémie. Mais, comme d'autre part l'anesthésie un peu prolongée amène une notable hyperglycémie, il est peut-être possible que la glycosurie des chiens de Riedl soit explicable par l'anesthésie.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon

Séance du 11 avril 1900. — Présidence de M. Vallas.

NÉVRITE OPTIQUE POST-VARIOLIQUE.

M. Prothon, interne des hôpitaux, présente une malade, actuellement dans le service de M. Rollet, traitée antérieurement pour une variole, d'ailleurs très légère, dans le service de M. Courmont.

Le traitement de sa variole a duré 17 jours seulement ; on lui fit une injection de sérum ; elle présenta pendant la période éruptive un peu d'albuminurie.

Dix jours environ après le début de la variole, elle se plaignit de troubles visuels caractérisés par la perception d'un brouillard gênant. Depuis quelques jours, elle ressentait de

vives douleurs oculaires, exagérées par les mouvements des yeux et par la pression sur les globes. Vers la même période, violents maux de tête, mais jamais de diplopie, jamais aucun signe de méningite.

L'examen des yeux a été fait quinze jours après le début de la variole, le 23 mars 1900.

On trouve un peu de douleur à la pression des globes. Aucun trouble de la musculature externe de l'œil. Le champ visuel, examiné grossièrement, sans instrument, est aboli dans sa moitié inférieure, ce qui donne à la malade une démarche et un port de tête particuliers ; elle n'aperçoit pas le sol immédiatement devant elle et baisse un peu la tête pour se conduire. (L'examen du champ visuel a été complété, d'ailleurs, au campimètre, dans le service de M. Rollet).

L'acuité, prise quelques jours plus tard, est de deux tiers à droite et de un quart seulement à gauche.

Aucune lésion externe de l'œil, pas de lésions iriennes ni cristalliniennes, pas de modification de la tension.

A l'ophtalmoscope, le vitré est normal. La papille, des deux côtés. est diffuse, sans limite, surélevée, les vaisseaux sont tortueux, enfouis dans l'œdème ; les artères étroites, les veines très dilatées. A gauche, les lésions sont plus accusées, les vaisseaux semblent interrompus. On ne trouve, nulle part, d'hémorragies rétiniennes ; rien à la macula.

De nouveaux examens sont faits, les jours suivants, par MM. Rollet et Jacqueau. Vers le 29 mars, l'œdème est en voie de régression, surtout à droite.

Depuis une semaine, les papilles reprennent leurs contours ; mais, du côté gauche principalement, les lésions tendent à passer à l'atrophie.

Voilà donc une malade qui, à la suite d'une infection générale aiguë, a présenté des troubles optico-rétiniens graves, sans phénomènes méningés, sans lésions rénales, car nous devons dire que l'albuminurie transitoire qui avait été constatée pendant la période fébrile, n'a pas été retrovvée à un récent examen. D'ailleurs, le fond de l'œil ne présentait nullement l'aspect de la rétinite albuminurique.

Ces lésions oculaires sont encore mal connues : les observations n'en sont pas très fréquentes, la pathogénie en est très discutée.

M. Dor père. Ces atrophies papillaires post-varioliques sont connues depuis 1870-71. Les atrophies post-ourliennes, dont on a parlé dans cette séance sont étudiées depuis quelques années seulement.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE AVEC BLESSURE DE LA PLÈVRE ET DU PÉRICARDE.

M. Balvay, interne des hôpitaux, présente un malade, âgé de 25 ans, entré le 15 février dans le service de M. Jaboulay. Ce jeune homme s'était, pendant la nuit précédente, tiré un coup de revolver au niveau de la région précordiale. L'arme choisie était un revolver du calibre de 7 millimètres. La balle, entrée sur la ligne mamelonnaire, au niveau du cinquième espace intercostal, était venue se loger sous la peau en arrière dans le neuvième espace intercostal gauche, à deux travers de doigt de la colonne vertébrale. Aussitôt après sa tentative, le malade ressentit une dyspnée violente, sans syncope, ni hémorragie visible à l'extérieur. Outre cette dyspnée, à son entrée à l'hôpital il présentait encore une grande rapidité des bruits du cœur, la surdité de ces bruits et un épanchement assez considérable à la base du poumon gauche. Pendant les trois jours qui suivirent, le malade eut des hémoptysies abondantes et présenta une élévation de température. Cette température se maintint pendant trois semaines environ, sans cependant dépasser habituellement 38°,5 le soir. Le diagnostic porté fut celui de plaie pénétrante de poitrine avec blessure de la plèvre et du péricarde.

Dans ce cas, M. Jaboulay se contenta d'appliquer un pansement et d'extraire par une simple incision le projectile logé sous la peau à la partie postérieure du thorax. Le malade guérit complètement. Actuellement il se porte bien, marche normalement, ne tousse pas. Le cœur est en place. L'auscultation n'y révèle rien d'anormal. Il existe encore un peu d'obscurité de la respiration à la base du poumon gauche, sur la ligne axillaire.

A signaler cependant un amaigrissement assez considérable augmentant chaque jour et faisant craindre peut-être un début de tuberculose du côté du poumon traumatisé. M. Balvay rappelle la présentation d'une malade analogue, faite l'année précédente, à cette même Société, par un de ses collègues, M. Kaeppelin. Il s'agissait, en ce cas, d'une per-

foration de la plèvre et du poumon par un balle de revolver, mais sans ouverture du péricarde. Déjà M. Jaboulay avait suivi la même conduite que pour le cas rapporté ici, c'est-à-dire l'expectation. La malade avait guéri. En cela M. Jaboulay partage entièrement l'opinion de M. Lucas-Championnière, contrairement à M. Delorme, qui conseille, dans ce cas, d'ouvrir largement et d'aller à la recherche du vaisseau qui saigne. Cette question avait fait l'objet d'une discussion entre MM. Lucas-Championnière et Delorme, à l'Académie de médecine, dans sa séance du 16 mai 1899.

M. Pic. Comment a-t-on pu diagnostiquer la lésion péricardique? Y avait-il des signes d'hydro-pneu-péricarde? Un simple épanchement pleural peut assourdir les bruits cardiaques. A-t-on retrouvé la balle?

M. Balvay. Il s'agit d'une balle d'un calibre de 7mm. Elle a traversé la poitrine d'avant en arrière et a été retrouvé sous la peau à la partie postérieure.

M. Vallas ne croit pas qu'en l'absence de signes d'épanchement péricardiques on soit autorisé à affirmer la plaie du péricarde.

En général, les plaies du poumon par armes à feu guérissent simplement. Un de mes malades, se sachant phtisique pulmonaire, attente à ses jours en se tirant un coup de revolver dans la poitrine. Malgré tous les signes d'une plaie pénétrante du poumon, la guérison paraissait assurée au bout de quelques semaines, lorsque le malade mourut subitement. On put alors constater la guérison à peu près complète des désordres traumatiques : le malade avait succombé, en réalité, à une granulie généralisée.

En général, les malades guérissent donc après les plaies par armes à feu, sauf dans les cas de perforation des gros vaisseaux de la base, qui entraînent une mort très rapide.

Cette règle est d'autant plus vraie que les balles ont un calibre plus petit. Dans la guerre du Transwaal, par exemple, le rapport des chirurgiens anglais (Mac Cormac, Trèves) nous montre que les balles des Boërs traversent souvent la poitrine sans entraîner aucun accident. Les balles des fusils Mauser dont se servent les Républicains ont un diamètre très petit.

Dans les plaies pénétrantes de poitrine, l'abstention est ordinairement le meilleur moyen de guérison. Le repos le plus absolu suffit, en général, à la guérison. La conduite de M. Jaboulay est celle de la plupart des chirurgiens.

M. Pic. L'examen du cœur, en particulier par la percussion latérable, semble démontrer que le péricarde n'a pas été touché. D'autre part, l'orifice d'entrée de la balle coïncide avec la pointe du cœur. Les bruits cardiaques sont normaux. L'orifice de sortie, réuni à l'orifice d'entrée, on

voit que la ligne représente plutôt un trajet tangentiel à la pointe du cœur.

Le Secrétaire adjoint, X. DELORE fils.

REVUE DES LIVRES

Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire (tome I), d'après les données de l'exploration externe du tube digestif, par le docteur SIGAUD.

Les travaux classiques sur la digestion sont d'ordre surtout chimique; M. Sigaud s'est imposé la lourde tâche d'aborder les troubles de l'appareil digestif, de les reconnaître et de les combattre à l'aide de l'*inspection*, de la *palpation* et de la *percussion* du ventre.

C'est avec les seules lumières de l'exploration *objective* qu'est tracé dans ce livre le tableau des nombreuses modalités sous lesquelles se présente le contenu abdominal normal et pathologique. C'est d'ailleurs la pratique de cette exploration qui fait défaut aux praticiens.

L'auteur, avant d'entrer dans le cœur de son sujet, nous trace le schéma du tube gastro-intestinal et fait à ce propos l'étude du « *segment digestif simple et du segment digestif différencié* ».

Ces segments digestifs se présentent sous une double modalité : ils peuvent être de texture fine et de sensibilité délicate, *c'est le segment faible;* ils peuvent être de structure plus solide et plus grossière, *c'est le segment fort.*

Ces distinctions, subtiles au premier abord, revêtent une grande importance au point de vue descriptif et thérapeutique, et M. Sigaud maintient cette division, en étudiant successivement et avec les plus grands détails l'*inspection*, la *palpation* et la *percussion* de l'abdomen.

Dans le chapitre qui traite de l'inspection abdominale, nous trouvons une esquisse pathogénique des variations de forme et de volume de l'abdomen. Cette étude mérite toute notre attention, car la cloison abdominale fonctionne à l'unisson des viscères sous-jacents. A l'état de santé, la forme et le volume du ventre sont invariables ; à l'état de maladie, la paroi reflète dans ses formes extérieures tous les grands changements qui se passent dans l'économie.

La palpation superficielle et la palpation profonde sont

l'objet d'une analyse extrêmement attentive et poussée. La palpation superficielle renseigne sur la *tension* abdominale, c'est-à-dire qu'elle donne une idée générale de l'énergie vitale du tube digestif considéré dans son ensemble ; la palpation profonde nous indique l'état particulier de chacun des segments qui composent cet appareil, et à cet égard l'estomac, le côlon et le foie sont minutieusement examinés.

La mobilité et le déplacement des viscères sont passés soigneusement en revue. — Nous négligeons, remarquons-le en passant, l'analyse des travaux sur la palpation du tube digestif fort et du tube digestif faible, qui nous entraînerait trop loin, et dont l'étude a cependant pour l'auteur une très réelle importance.

La percussion de l'abdomen est habituellement négligée, et, cependant, elle est, de tous les modes d'exploration objectifs, de beaucoup le plus important et le plus fécond. « La percussion, en nous révélant les mille nuances de la sonorité abdominale, surprend la fonction à tous les moments de son évolution et nous en dévoile admirablement les formes changeantes, les aspects curieux, les phases décisives et lumineuses ». Sonorité abdominale est d'ailleurs synonyme de sonorité digestive.

Après quelques considérations de principe sur la sonorité de la membrane digestive, sur le son fondamental et le son fonctionnel, sur la résonance, le tympanisme, M. Sigaud en vient à l'étude clinique attentive de la sonorité abdominale toujours envisagée chez ses deux grandes classes d'individus *les faibles et les forts*.

Telles sont, dans leurs plus grandes lignes, les idées qui ont inspiré le livre que nous avons sous les yeux. L'espace nous est malheureusement mesuré et nous ne pouvons nous étendre davantage. Certes, l'auteur a consacré bien du temps à ses recherches, il a fait surgir des aperçus nouveaux et ouvert des horizons intéressants. Il a quitté les sentiers battus, et on doit lui en savoir grand gré Si quelques passages de son traité appellent peut-être la discussion, toute œuvre originale en est là, et les critiques les plus brèves ne pourront aller, à leur égard, au-delà du vers de Sainte-Beuve :

Qu'on dise : Il osa trop, mais l'audace était belle !

J. A.

REVUE DES JOURNAUX

Rétention d'urine traitée par les injections intra-urétrales de cocaïne. — M. L. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, admet que dans un assez grand nombre de cas, même lorsqu'il y a une lésion du canal ou de la prostate, la rétention d'urine tient à un spasme de l'appareil sphinctérien de l'urètre. Aussi en présence d'une rétention aiguë, le chirurgien au lieu d'avoir recours immédiatement au cathétérisme, qui trop souvent devient une cause d'infection vésicale, si l'on n'a pas employé les plus minutieuses précautions d'antisepsie, doit user des moyens de douceur (cataplasmes, lavements chauds), et en cas d'insuccès, essayer avant la sonde, l'injection tiède d'une solution cocaïnée avec une seringue urétrale ordinaire.

Dans quatre cas de rétention d'urine observés à la suite d'un acte opératoire (cure radicale d'une hernie, d'hydrocèle, fracture de jambe par choc direct, chute d'un lieu élevé), l'injection cocaïnée a un plein succès, et souvent après quelques minutes d'attente la miction spontanée a eu lieu (2 minutes, 1/4 d'heure). Dans l'un des faits rapportés par M. Martel, l'injection pratiquée cinq jours de suite a toujours provoqué l'évacuation spontanée de l'urine. C'est en vain que dans ce dernier cas, soupçonnant l'injection d'agir par suggestion, on tenta simplement d'injecter de l'eau bouillie : le résultat en fut nul et l'effet recherché ne se produisit bien réellement qu'en présence de la cocaïne.

Voici la technique mise en usage par le docteur L. Martel : Il se sert d'une solution de cocaïne à 1/50 ; l'injection, tiède ou chaude, est faite avec une seringue urétrale ordinaire de la capacité de 6 à 7 centimètres cubes et poussée sans force. Au retrait de la seringue le méat étant obturé et pincé avec les doigts, on fait quelques malaxations du canal tendant à refouler l'injection qui le distend vers l'urètre profond ; une ou deux minutes suffisent ; le méat relâché 4 à 5 gr. de l'injection s'écoulent. Au bout d'un temps plus ou moins long le malade qui a continué à souffrir de coliques vésicales sent brusquement l'obstacle vaincu et se sent uriner. Dans l'observation où l'injection a dû être pratiquée

pendant cinq jours et demi, le temps écoulé entre l'injection et la miction correspondante a été d'abord très court (2 minutes), puis d'un quart d'heure, d'une demi-heure, et une fois même au quatrième jour l'attente a été de trois heures. Peut-être s'était-il produit une sorte d'accoutumance ?

Un procédé si simple, si anodin, est certainement utilisable dans d'autres états aigus, tels que la rétention d'urine chez des tuberculeux, des blennorragiques, et peut-être aussi dans les rétentions par engorgement de la prostate et rétrécissement de l'urètre. Dans ces rétentions le spasme sphinctérien est souvent des plus évidents et la cocaïne peut le vaincre. La seule contre-indication à ce moyen paraît être l'existence d'une plaie du canal (rupture ou fausse route) permettant une absorption trop facile ou trop rapide de la cocaïne. (*La Loire médicale*, 15 mai 1900.)

Morbidité et mortalité de quelques maladies infectieuses aux États-Unis. — Une statistique monstre a été dressée par les soins des commissaires des États-Unis à l'Exposition universelle de Paris.

L'enquête a été faite en 1899 et porte sur cinq années, de 1894 à 1898. Les chiffres sont fournis par une vingtaine des grandes villes des États-Unis et par six États : Massachussets, Michigan, Rode-Island, Vermont, Connecticut et Indiana.

619.765 cas de variole, scarlatine, rougeole, diphtérie et fièvre typhoïde ont été réunis. Ces cas ont donné 75.715 décès. Ils se décomposent comme suit.

	Nombre de cas.	Décès.	Pour 100.
Variole	9.222	2.385	25,8
Scarlatine.........	117.847	9.211	7,2
Rougeole..........	217.755	6.421	2,8
Diphtérie..........	195.783	44.411	22,7
Fièvre typhoïde....	69.758	13.284	19

Ces chiffres concordent assez bien avec ceux de la statistique dressée en Angleterre pour les huit années 1890-97 par le Local Government Board. La mortalité de la fièvre typhoïde dans cette statistique est de 18,05 pour 100, celle de la diphtérie de 23 °/₀; celle de la scarlatine de 4,9 °/₀.

L'influence du sérum antitoxique sur la mortalité diphtérique se dégage de cette statistique.

Dans deux États et sept villes réunies, représentant une population de 4.250.000 âmes, la mortalité par diphtérie en 1894 a été de 29,7 °/₀. En 1898, elle n'était plus que de 14,6 °/₀.

Ce chiffre de 14 °/₀, qui est aussi celui de la mortalité par diphtérie dans les hôpitaux d'enfants de Paris, représente donc bien la léthalité actuelle de la diphtérie et démontre qu'en Amérique, comme en Europe, le sérum antitoxique a réduit de moitié la marche des décès dus à cette maladie. (*La Méd. mod.*, 16 mai 1900.)

La glycérine dans les concrétions rénales d'acide urique. — M. Hermann (de Carlsbad) a obtenu de bons résultats de la glycérine administrée par la voie buccale dans la lithiase rénale. Il en donne en une seule fois la dose de 30 à 100 grammes dans de l'eau à parties égales entre les repas. Il conseille de commencer par une faible dose. La dose est répétée deux à trois fois en l'espace de plusieurs jours. Dans 60 pour 100 des cas de néphrolithiase, il y a eu une amélioration de la maladie et diminution des douleurs. Les seuls ennuis observés sur une série de 115 malades ont été dans 12 cas de la céphalée, dans trois cas de la diarrhée. (*Montpellier Médical*, 6 mai 1899.)

Une formule contre la chloro-anémie. — Elle est très en vogue à Vienne parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs :

Artémisine..................	1	milligr.
Quassine cristallisée.........	1	—
Proto-oxalate de fer	10	centigr.

Pour une dragée. Quatre dragées par jour, deux avant chaque repas.

La réunion de l'artémisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat. (*Bul. méd. de Paris*, 16 mai 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LES MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES.

Chaque année quelques jeunes docteurs désireux de voir du pays songent à s'engager sur des navires de commerce. Or j'ai constaté qu'ils ignorent généralement, et surtout à Lyon, ce que c'est qu'un médecin sanitaire maritime.

Le médecin sanitaire maritime a, comme maître Jacques, deux fonctions absolument distinctes l'une de l'autre et même antagonistes. Il est d'abord et surtout un agent d'hygiène internationale, c'est-à-dire un fonctionnaire public, et ensuite un médecin privé.

Comme *médecin privé* il est un employé d'une Compagnie de navigation qui l'embarque pour son avantage à elle, au même titre que le cuisinier ou le maître d'hôtel. Les passagers réclament cette sécurité; le médecin fait partie du confortable, et la Compagnie ne manque pas de faire valoir ce point sur ses réclames, en même temps que le luxe des cabines et la bonté de la table. Le médecin, pour pratiquer sur un paquebot, considéré comme terre française, n'a besoin d'aucun diplôme spécial : son diplôme de docteur français lui suffit. — A titre d'employé de la Compagnie, il est choisi, payé et révoqué par elle; on s'arrange à l'amiable; l'État n'a rien à voir là dedans. — Le médecin doit, tout en remplissant ses devoirs auprès des malades, prendre le plus possible les intérêts de la Compagnie.

Comme *agents d'hygiène internationale* les médecins sanitaires maritimes sont délégués des gouvernements et chargés d'empêcher la propagation des épidémies d'un pays à l'autre. Ils ont été créés à la suite des conférences internationales où chaque pays s'est engagé à les entretenir pour la sécurité de tous.

Or, en tant que fonctionnaire public le médecin n'a plus à se préoccuper des intérêts d'une Compagnie particulière. Bien plus, il est contre eux par tous ses actes. Exemples : en déclarant qu'un cas de fièvre jaune est à bord, il fait mettre le navire en quarantaine, d'où perte considérable de temps et d'argent; il peut refuser des passagers et des marchan-

dises ; faire jeter du fret à la mer ; il devrait aussi défendre les communications avec les ports contaminés ; il fait désinfecter le navire, les passagers et les colis, ce qui est un embarras et une dépense, etc. Comme les Compagnies n'ont pas à supporter beaucoup des morts d'homme, même quand il s'agit de leurs propres officiers, elles trouveraient souvent leur bénéfice à passer par dessus quelques mesures d'hygiène ou d'une prudence jugée exagérée, afin de réaliser un meilleur frêt. Le médecin sanitaire les ennuie et leur nuit. Il est donc nécessaire que le médecin soit indépendant de la Compagnie à laquelle il est pour le moment attaché ; il doit donc être protégé par le Gouvernement.

Mais donnant, donnant. Le Gouvernement pour accorder sa confiance à certains médecins et les protéger leur demande des garanties. Ils justifieront par un examen spécial qu'ils sont au courant des questions importantes pour eux et négligées dans les programmes universitaires, c'est-à-dire la pathologie exotique, l'hygiène internationale, la constitution et la désinfection d'un navire, la législation sanitaire. Jusqu'ici l'État a demandé cet examen sans rien accorder en échange. Seulement les docteurs ne seront pas si sots que de ne rien réclamer. L'État leur doit : 1° de les protéger contre les Compagnies ; 2° de leur faire une situation-carrière (avec avancement régulier et retraite).

Remarquons que, puisqu'il y a une si grande différence entre les deux fonctions du médecin sanitaire maritime, ces deux fonctions pourraient être remplies par deux hommes distincts. La Compagnie de navigation pourrait dire à l'État : « Il vous plait de nommer des médecins sanitaires et de les mettre sur nos bateaux. Eh bien, payez-les, et payez-nous de leur séjour à bord ; pour nous, nous avons choisi notre médecin qui soignera notre équipage et nos passagers. »

Oui-dà ! mais l'État est le plus fort. Au reste, les lois gênent les particuliers dans l'intérêt général. Le commerce n'est-il pas soumis à mille autres règlements plus vexatoires ? Puis, deux médecins à bord, ennemis l'un de l'autre, le premier *pour*, le second *contre* les intérêts de la Compagnie, cela est peu pratique. Le représentant des intérêts nationaux et humanitaires devrait être écouté de préférence aux représentants des intérêts d'une société limitée. Ce der-

nier devient donc inutile. Ce serait une double dépense.

Il est cependant juste que l'État qui profite des médecins sanitaires contribue pour une part à leur entretien. Sans doute lorsque le cadre de ces docteurs sera constitué (1) l'État prendra à sa charge les augmentations progressives de solde suivant l'avancement, ainsi que la caisse des retraites. De plus, il sera maître des mutations, désignera les bateaux où iront les médecins, tiendra compte, après contrôle, des notes de la Compagnie, etc. Tout cela se fait déjà en partie au sujet des agents des postes qui naviguent.

Tant que l'État n'offrira pas ces avantages, les médecins ont le droit de refuser de passer l'examen. Mais il faut bien être conciliant, c'est au moins élevé à faire le premier les avances ; le donnant donnant est impertinent de notre part. Passons d'abord l'examen et nous serons mieux fondés à réclamer ensuite ce qu'on nous doit en échange.

Alors il y a aura un corps de médecins sanitaires maritimes, comme il y a un corps de médecins de la marine ou de l'armée ou des colonies. Cela offrira un nouveau débouché à la phléthore médicale et de plus relèvera la situation des médecins naviguants. Actuellement ceux-ci sont ou des amateurs pour quelques voyages seulement, ou des parias de la profession (vieux étudiants non arrivés au doctorat, docteurs non arrivés à la clientèle).

Les amateurs manquent d'expérience, les autres manquent de science. Désormais on pourra trouver les deux réunis.

D[r] E. AUSTIN.

(1) Le décret concernant les médecins qui naviguent au commerce date seulement de 1896 et l'on sait que les lois, au moins quand elles sont jeunes, sont pour être violées. Ici, il faut compter avec la routine particulièrement tenace dans la marine qui vit dans le solitude des océans, avec le mauvais vouloir des compagnies intéressées à avoir des médecins dociles, et avec l'indifférence des docteurs à passer un examen nouveau sans profit immédiat pour eux. L'État ne peut pas encore exiger que chaque paquebot ait un médecin nommé par lui puisqu'il n'en aurait pas pour tous.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 28 mai :

1° M. AUBERT : Rapport sur la candidature de M. Garel.

2° M. LÉPINE : Sur l'hyperglycémie.

3° M. GRANDCLÉMENT : Considérations sur les manifestations oculaires de l'hystérie, en particulier sur celles qui surviennent après les accidents traumatiques.

4° M. VINAY : De l'inocclusion congénitale du septum ventriculaire, sans cyanose (maladie de Roger).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (séance du 23 mai 1900). — Après la lecture du procès-verbal, le président annonce à ses collègues la mort la mort de M. le docteur Édouard Carrier, membre fondateur de la Société.

— M. Kaeppelin, interne des hôpitaux, présente un jeune homme de 29 ans, entré dans le service de M. Gangolphe pour un abcès fistuleux de la paroi costale gauche et produit par une ostéomyélite à marche aiguë. Ablation d'un séquestre et résection de la côte. La guérison a été rapide.

— M. Patel, interne des hôpitaux, présente un premier malade âgé de 36 ans, entré à l'Hôtel-Dieu avec une sténose pylorique, attribuée non pas à un néoplasme, mais à la cicatrisation d'un ancien ulcère de l'estomac. La laparotomie faite par M. Jaboulay montre au niveau du pylore un canal fibreux épais. Aussi le chirurgien n'eut pas recours à la pyloroplastie et établit une gastro-entéro-anastomose postérieure. Les suites de l'opération furent simples. Le malade digère bien et prend chaque jour de l'embonpoint. A cette occasion M. Vallas rappelle les avantages du procédé en Y de Roux (de Lausanne) qui évite les inconvénients du passage de la bile dans l'estomac. Il donne aussi la préférence à la suture sur l'anneau de Villard qui, en pareil cas, séjourne indéfiniment dans l'estomac.

— Chez un second malade, âgé de 20 ans, M. Jaboulay, après une laparotomie exploratrice qui fit découvrir une énorme tumeur fibro-caséeuse du mésentère avec ganglions engorgés et avec adhérences intestinales dans l'étendue d'un mètre, ajourna l'opération en présence du mauvais état général du malade. Quinze jours plus tard des symptômes d'étranglement l'obligèrent à intervenir. Il se borna à établir une anastomose intestinale latéro-latérale à l'aide du bouton de Villard. Les suites de l'opération ont été simples. Le cours des matières a été rétabli et le néoplasme a notablement diminué. Aujourd'hui, un mois et demi après l'opération, le malade a augmenté de dix kilos.

FUNÉRAILLES DU DOCTEUR ÉDOUARD CARRIER. — Le mercredi 23 courant ont eu lieu, avec un nombreux concours de collègues et d'amis, les funérailles du docteur E. Carrier, membre de cette sympathique famille

des Carrier qui a donné au corps médical lyonnais plusieurs générations d'aliénistes distingués.

Nommé interne des hôpitaux en 1850, le docteur E. Carrier avait, en 1856, soutenu sa thèse inaugurale sur la *Mélancolie avec stupeur*. Établi à Lyon depuis cette époque, il avait succédé à son père en 1871 comme médecin en chef de l'Asile de Saint-Jean-de-Dieu et il a occupé ce poste jusqu'à sa mort. On lui doit une étude judicieuse sur *Les aliénés devant l'opinion et devant la loi.*

Chevalier de Saint-Grégoire-le-Grand, membre fondateur de la Société des sciences médicales, le docteur E. Carrier s'est toujours signalé par sa modestie et sa grande bonté, son dévoûment à ses malades.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — A la dernière séance de l'Académie de médecine de Paris, M. le Prof. Bondet a été élu membre associé national, et M. le Prof. Laroyenne, membre correspondant. Toutes nos félicitations aux nouveaux académiciens.

HÔPITAUX DE LYON; CONCOURS DE CHIRURGIE. — Le 19 novembre 1900, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Le chirurgien nommé remplira dès sa nomination les fonctions de chirurgien suppléant et plus tard celles de chirurgien titulaire.

Les chirurgiens des hôpitaux restent en fonctions jusqu'à l'âge de 55 ans et reçoivent un traitement annuel de deux mille francs.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Paris, 2-9 août 1900. — Le Comité exécutif français a l'honneur d'informer MM. les Membres du XIIIe Congrès international de médecine que, pour pouvoir être inscrits au programme officiel du Congrès, les titres des communications devront être reçus aux Bureaux du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris, avant le 1er juin, dernier délai.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 juillet.

Pour se faire inscrire, envoyer sa carte de visite, l'indication de la section choisie, et un mandat-poste de 25 francs au docteur Duflocq, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

ÉCLIPSE DE SOLEIL. — Lundi 28 mai, à trois heure une minute, le disque noir de la lune arrivera au contact avec le disque éclatant du soleil, s'avancera lentement devant lui et en couvrira une partie. La plus grande phase pour Lyon atteindra les 78 centièmes du diamètre solaire et arrivera à 4 heures 9 minutes. Puis l'éclipse, suivant son cours, décroîtra graduellement, et la lune se détachera entièrement du soleil à 5 heures 12 minutes.

L'éclipse est totale en Portugal, en Espagne et en Algérie. La vitesse de l'ombre de la lune sur l'Espagne est de plus d'un kilomètre par seconde, de 69 kilomètres par minute, plus rapide que celle d'un boulet de canon.

Les éclipses totales de soleil sont très rares. Il n'y en a pas eu à Paris depuis 1724. La prochaine éclipse totale arrivera le 12 avril 1912, à midi

18 minutes. On n'en aura plus ensuite avant le 19 avril 1999, à 10 heures 28 minutes.

Le spectacle d'une éclipse totale de soleil est l'un des plus grandioses et des plus imposants qui se puissent voir. Au moment précis annoncé par le calcul, la lune arrive devant le soleil, l'échancre graduellement et vient se poser entièrement devant lui. La lumière du jour diminue et se transforme. Un sentiment d'oppression s'empare de la nature entière, les oiseaux se taisent, le chien se réfugie dans les jambes de son maître, les poussins se cachent sous l'aile de leur mère, le vent retient son souffle, la température s'abaisse, un silence effrayant se répand dans les airs, comme si l'univers était sous le coup d'une catastrophe imminente. Le visage de l'homme prend une teinte cadavérique analogue à celle que donne pendant la nuit la flamme de l'esprit de vin saturé de sel, clarté livide et funèbre, nocturne illumination de la dernière heure du monde. (*Temps*, 22 mai 1900)

La variole au Puy. — Nous lisons dans un journal de Lyon que l'aumônier de l'Hôtel-Dieu du Puy et une jeune sœur de 26 ans ont contracté la variole et sont morts victimes de leur dévouement. De pareilles nouvelles nous affligent toujours et nous font regretter que les administrations hospitalières n'exigent pas un certificat de revaccination de toute personne appelée par ses fonctions à soigner des malades.

L'alcoolisme en Lorraine; conséquences médicales. — Voici quels ont été pour la Lorraire les résultats de la liberté complète laissée à l'installation des cabarets et à la vente des boissons alcooliques.

La mortalité par tuberculose a augmenté de 264 en 1882 à 322 en 1897; celles des néphrites a passé de 19 cas à 35.

A Maréville, on trouvait en 1875 1 alcoolique sur 57 aliénés; en 1898, on en trouve 1 sur 12.

Les moyennes annuelles des entrées pour l'épilepsie étaient de 7 de 1875 à 1877 et de 16 de 1888 à 1892.

La moyenne quinquennale des cas de suicides est passée de 10 en 1877-1881 à 24 en 1891-1892, et celle des morts accidentelles de 9 à 21 après avoir atteint 29.

Tels sont les méfaits — ce ne sont pas les seuls — imputables à la loi de 1892, à laquelle, nous regrettons de le constater, reste attaché le nom d'un sénateur du Rhône. (*Revue méd. de l'Est.*)

Un médecin qui traite sa femme peut-il hériter ? — Dans une de ses dernières réunions, la conférence des avocats à la Cour d'appel de Paris a discuté la question suivante : « L'incapacité de recevoir par voie de dispositions entre vifs ou testamentaires, édictée par l'article 909 du code civil, est-elle applicable au mari médecin qui a donné des soins à sa femme durant la maladie dont elle est morte ? La conférence a adopté la négative.

Hibernation des paysans en Russie. — On sait que les marmottes prennent en hiver le bon parti de dormir, comme fait la terre elle-même.

Cette coutume est générale chez les paysans russes du gouvernement de Pskow. Dans ce pays règne une éternelle famine. Les paysans ne pouvant vivre toute l'année en sacrifient la moitié. Depuis un temps immémorial, aux premières neiges, toute la famille se réunit autour du poèle, s'allonge, cesse de penser et dort. Tout le monde se réveille une fois par jour pour manger un morceau de pain dur dont on a, par précaution, fait cuire en automne une provision capable de durer six mois. On boit une gorgée d'eau et on se rendort. Chacun reste éveillé un jour à son tour, et fait le quart auprès du feu qu'il empêche de s'éteindre. Après six mois d'un régime aussi économique, la famille se secoue, va voir si l'herbe pousse, et vaquer aux travaux de l'été. Alors la campagne s'éveillle et s'anime jusqu'à l'hiver suivant, où elle redevient blanche, immobile, sans autre bruit que celui des ronflements. Ces hommes ne vivent que la moitié de leur vie et trouvent que c'est assez. Ils nomment ce sommeil hivernal *Lotska*.

THÈSES PRÉSENTÉES ET SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

(Voir *Lyon Médical*, t. 92, p. 463 et 609, t. 93, p. 71, 143, 179, 287 et 539.)

N° 119. — Achard (Léon) : Contribution à l'étude des affections multiples des nerfs crâniens compliquant le zona ; considérations étiologiques (78 pages).

N° 120. — Verdan-Minod (Léon) : Essai sur les différents sièges du spasme de l'urètre chez l'homme (65 pages).

N° 121. — Bonin (Abel) : De la correction des courbures rachitiques du tibia et du péroné chez l'enfant par l'ostéotomie (66 pages).

N° 122. — Colin (Fernand) : Sensibilité comparée des réactifs chimiques et physiologiques de la strychnine (55 pages).

N° 123. — Cattan (Albert) : Traitement du pied bot paralytique (116 p.).

N° 124. — Morey (Albert) : Tuberculose expérimentale de quelques poissons et de la grenouille (73 pages).

N° 125. — Murgue (Claude) : Étude clinique sur le traitement des épanchements pleurétiques par l'antipyrine (67 pages).

N° 126. — Forissier (Émile) : De l'albuminurie chez les tuberculeux (forme grave de cette albuminurie) (77 pages).

N° 127. — Alquier (Constantin) : Contribution à l'étude des nécroses du maxillaire inférieur (92 pages).

N° 128. — Favre (Gilly-André) : Du syndrome de Weill chez les enfants (68 pages).

N° 129. — Arsac (Paul) : Contribution à l'étude du redressement brusque des gibbosités pottiques par la méthode de Calot (62 pages).

N° 130. — Janakieff (Nicolas) : Étude sur les paralysies post-pneumoniques (115 pages).

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Mai	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
13	742	0	735	12	+19.7	9	+ 7.3	5	86	49	0.0	3.6	24
14	738	24	733	5	+16.7	15	+10.8	6	100	98	7.2	1.5	18
15	740	24	736	0	+ 9.4	14	+ 7.3	5	100	97	9.5	0.0	28
16	743	24	740	0	+13.3	16	+ 6.0	5	82	79	2.1	1.4	23
17	742	9	740	17	+19.4	16	+ 5.2	4	74	53	0.0	2.0	20
18	742	9	741	0	+21.2	15	+ 4.0	4	74	57	0.0	3.0	27
19	748	24	741	0	+20.0	15	+ 8.1	3	66	57	0.0	2.8	21

Maladies régnantes. — L'état de la santé publique est des plus satisfaisants, à le juger par le chiffre des décès ; diminution continue depuis plusieurs semaines. Le coefficient mortuaire est de 18 par 1000 habitants et par an.

Il y a eu pendant la 20ᵉ semaine 161 décès au lieu de 172 la semaine précédente, et 173 pour la période correspondante de 1899. Cette statistique est incomplète et ne contient pas les décès constatés chez les Lyonnais qui meurent de la variole dans l'hôpital suburbain.

Deux maladies contagieuses, la variole et la scarlatine, ont encore une certaine fréquence. Outre 6 fièvres typhoïdes et 4 diphtéries, les médecins ont déclaré au Bureau d'hygiène, du 16 au 23 mai, 42 cas de variole et 21 de scarlatine.

Sur 5 décès varioliques constatés à domicile, nous trouvons des enfants de 9 mois, 2 ans et demi, et 4 ans qui évidemment n'ont jamais été vaccinés.

Quant aux maladies aiguës des bronches et du poumon, elles diminuent chaque jour de fréquence. Toujours des angines inflammatoires, quelques manifestations rhumatismales et par-ci par-là des apoplexies.

Sur les 161 décès hebdomadaires, dont 72 dans les hôpitaux civils, 34 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 30 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 19 mai 1900 on a constaté 161 décès :

Fièvre typhoïde ...	3	Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	12
Variole	5	Broncho-pneumonie	13	— des reins....	6
Rougeole	0	Pneumonie........	8	— cancéreuses..	11
Scarlatine.	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales.	6
Erysipèle..........	2	Phtisie pulmonaire.	27	Débilité congénitale	7
Diphtérie-croup ...	3	Autres tuberculoses	1	Causes accidentelles	6
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	6	Aut. causes de décès	17
Affect. puerpérales.	0	Mal. cérébro-spinale[s]	13		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	5	Naissances	167
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	1	Mort-nés........	15
Bronchite aiguë....	2	Cirrhose du foie ...	1	Décès...........	161

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU COMA DIABÉTIQUE,

Par L. Hugounenq, professeur à la Faculté.

Depuis les recherches classiques de Stadelmann, Külz, Minkowski, confirmées par M. Lépine et d'autres auteurs, on sait que chez certains diabétiques, l'acide β oxybutyrique se produit quelquefois en quantité considérable dans l'organisme : Stadelmann en a évalué la production à 90 gr. chez un de ses malades et Külz a trouvé, dans un autre cas, jusqu'à 200 grammes d'acide par 24 heures.

On a cru tout d'abord pouvoir expliquer la genèse du coma diabétique par les effets toxiques de l'acide oxybutyrique; il a fallu y renoncer en présence des preuves formelles apportées par Jacksh, Araki, Sternberg, Waldwogel (1) de l'innocuité absolue de cet acide.

D'autre part, la présence de l'acide oxybutyrique dans le sang ou l'urine des diabétiques comateux n'est pas constante ; je l'ai observé à plusieurs reprises et beaucoup d'autres l'ont constaté comme moi (Wolpe, Rumpf, Munzer et Strasser, etc.)

La production de l'acide oxybutyrique ne joue aucun rôle dans la pathogénie du coma diabétique : elle est la conséquence d'un trouble extrême de la nutrition, trouble dont l'acide butyrique éclaire la nature et le mécanisme.

On commet une erreur quand on rapporte à une combustion incomplète ou anormalement déviée du sucre la formation de l'acide oxybutyrique. Celle-ci n'a rien à voir avec l'évolution intra-organique des hydro-carbonés. Bien qu'exempt d'azote, l'acide oxybutyrique provient, en réalité, de la destruction des albumines.

En effet, ce n'est pas seulement dans le coma diabétique que cet acide apparaît ; on le retrouve dans nombre de circonstances qui n'ont aucun rapport avec le diabète : au cours

(1) Voir Lépine, *Le Diabète*, in Actualités médicales. Paris, Baillière, 1899. On trouvera dans cette monographie un exposé très bien fait de la question, pages 73 et suivantes.

des fièvres éruptives (Külz), chez des cancéreux (Klemperer), chez des malades atteints de gastro-entérite aiguë, chez des sujets à l'inanition (Lorenz), etc., etc. Beaucoup de fébricitants font de l'acide oxybutyrique. Or, tous ces cas, si divers en apparence, présentent un caractère commun : la destruction intense des albumines, l'emprunt exagéré et presque exclusif fait aux matières protéiques des tissus pour couvrir le besoin normal de calories : on sait que c'est là la caractéristique de la fièvre. Sous la nécessité impérieuse, absolue de la calorification, l'économie brûle ses albumines, et dans certains cas extrêmes, elle s'encombre de résidus qu'elle ne brûle pas complètement : l'acétone, l'acide acétylacétique de Gehrardt, enfin, chez certains malades, l'acide oxybutyrique apparaissent dans le sang et traversent le rein.

Tous les diabétiques comateux ne font pas de l'acide oxybutyrique, et il me semble qu'on peut en donner une raison plausible que je propose au contrôle de l'observation clinique. Voici cette raison :

Quand l'équilibre de la nutrition est rompu par le jeûne, par la fièvre, par la combustion difficile ou impossible d'un aliment (diabète), à la suite d'une intoxication, l'organisme, qui doit couvrir coûte que coûte sa dépense totale d'énergie, soit 2300 à 2700 calories par 24 heures, l'organisme brûle ses réserves dans un certain ordre : les hydrocarbonés, représentés ici par le sucre circulant et le glycogène, disparaissent presque tout de suite, le stock de ces matériaux disponibles n'étant jamais abondant; puis viennent les graisses qui, en raison de leur masse et de leur haute valeur calorifique (9300 calories), offrent à l'organisme une réserve d'énergie où il s'alimente et sur laquelle il vit pendant longtemps Mais cette réserve épuisée, comme il *faut* de toute nécessité brûler quelque chose pour maintenir la température au voisinage de 37° et subvenir à toutes les dépenses énergétiques internes ou extérieures, l'économie s'attaque aux seuls matériaux dont elle dispose, à l'albumine des tissus. Celle-ci est dissociée, détruite avec production d'urée, d'ammoniaque, d'acétone, d'acide diacétique, d'acide oxybutyrique, et probablement d'autres substances encore inconnues, parmi lesquelles plusieurs agissent peut-être comme des poisons narcotiques.

Cette fonte albumineuse des tissus ne se produira pas, du moins avec la même intensité, chez tous les malades. Ceux qui ont des réserves les brûlent ; ils ne sont pas à l'abri des accidents comateux, mais comme ils couvrent leur besoin de calories par la combustion de leurs graisses, leurs albumines ne subissent pas la destruction excessive dont il a été question ci-dessus : l'acide oxybutyrique n'apparaît pas.

S'il en est ainsi, les diabétiques maigres excréteront plus facilement que les gras de l'acide oxybutyrique.

C'est ce que je crois avoir constaté dans les cas encore peu nombreux de coma diabétique que j'ai étudiés. Le malade dont M. Lépine a publié l'histoire était un marastique : il pesait 48 kilog., « ses membres étaient peu volumineux » (1). Il éliminait 14 litres d'urine avec 1100 grammes de sucre et 63 gr. d'acide oxybutyrique par 24 heures.

J'ai eu à examiner dernièrement l'urine d'une malade dont je n'ai pas l'observation complète ; cette femme, très forte et presque obèse, éliminait 60 à 80 gr. de sucre par 24 heures. Le coma s'est déclaré brusquement ; la malade a succombé en six jours. L'urine, examinée en pleine période comateuse, renfermait 25 gr. de sucre et 9 gr. d'urée par litre ; pas la moindre trace d'acide oxybutyrique.

Un autre cas, observé par moi, il y a plusieurs années, m'a conduit à des résultats tout aussi négatifs chez un diabétique comateux de forte corpulence.

Ces cas sont encore trop peu nombreux pour qu'on essaie de donner une forme définitive à la théorie qui vient d'être esquissée. Mais il serait intéressant de faire l'urologie complète du coma diabétique, de déterminer dans tous les cas l'urée, l'azote total, l'acide oxybutyrique. L'élimination de ces deux éléments doit être parallèle si, comme je le crois, l'acide oxybutyrique est dans l'urine, le témoin d'une désassimilation intense des albumines provoquée chez des sujets maigres, et qui ont dépensé toutes leurs réserves par la nécessité de maintenir la calorification à un niveau constant et par la difficulté de comburer les déchets de cette désassimilation excessive.

(1) Lépine. *Revue de médecine*, 1887, p. 228.

LA TUBERCULOSE SUR LE PERSONNEL LYONNAIS DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES.

Communication faite à la Société nationale de médecine
(séance du 30 Avril 1900),

Par le docteur P.-Just NAVARRE.

J'ai été invité récemment par l'Administration à procéder à une enquête sur les cas de tuberculose présentés par le personnel lyonnais des Postes et Télégraphes. Les chiffres et les faits recueillis m'ont paru assez intéressants pour vous être présentés. J'ai pensé de plus que votre haute autorité, si elle sanctionnait la mesure radicale qui me paraît s'imposer, ferait faire vers cette solution un pas que jusqu'ici nos édiles et nos gouvernants n'ont pas eu l'esprit de décision nécessaire à le franchir.

Mon enquête a porté sur 14 années, de 1886 à 1899 incluses.

L'année 1886 a été établie uniquement d'après les cahiers de visite du docteur Favre. Pour les années 1887 et 1888, où j'ai suppléé d'une façon intermittente M. Favre dans son service, j'ai retrouvé mes diagnostics, confirmant ceux de M. Favre ou confirmés à leur tour par ce regretté collègue. Les années suivantes sont le relevé des cahiers de visite de M. Conche et des miens.

Le chiffre de la morbidité par tuberculose offre donc toute garantie d'exactitude. Peut-être cependant est-il de quelques unités au-dessous du chiffre absolu, quelques cas ayant pu échapper à l'observation parce que les malades ne se sont pas présentés, ou qu'actuellement il en existe un certain nombre à la période prétuberculeuse.

Quant aux chiffres de la mortalité, ils ne concordent pas avec ceux que m'a fournis l'Administration et qui ont toutefois servi de base première à mon travail. Beaucoup d'agents et de sous-agents, en effet, mis en disponibilité après six mois de congé de maladie, sont morts chez eux. J'ai pu retrouver la trace d'un certain nombre par les souvenirs précis de leurs collègues et de leurs chefs. Je n'ai porté comme décédés que ceux dont le décès m'a été certifié.

Donc mes statistiques, soit de morbidité, soit de mortalité,

sont plutôt en deçà de la réalité des faits ; la leçon qu'elles donnent n'en est que plus sévère.

I. — Le mal.

J'ai relevé jour par jour, nommément, pour être sûr de ne pas répéter deux ou plusieurs fois le même diagnostic alors qu'il s'appliquait à un même malade plusieurs fois visité, tous les cas désignés par M. Favre, M. Conche et moi-même sous les appellations de bronchite suspecte, tuberculose pulmonaire au début, bronchite tuberculeuse, bronchite spécifique, bronchite bacillaire, phtisie, laryngite tuberculeuse, pleurésie tuberculeuse, méningite tuberculeuse, etc.

J'ai très heureusement retrouvé un cahier du docteur Favre, mon prédécesseur, portant le nom et le diagnostic des agents et des sous-agents des postes et télégraphes qui se sont présentés à son observation pendant les années 1886, 1887 et 1888. L'esprit consciencieux de ce médecin vous est garant de sa statistique et la comparaison de ces années avec les nôtres est particulièrement instructive, car j'ai vu revenir pour tuberculose pulmonaire confirmée des agents et sous-agents qui s'étaient présentés souvent à M. Favre pour des hémoptysies, des bronchites récidivantes ou des adénites cervicales.

Laissons parler maintenant les chiffres. Des faits jailliront les idées.

En 1886, le chiffre total du personnel des postes et télégraphes à Lyon, était de 1.057, se décomposant en :

Agents de tous grades	Dames	Sous-agents	Mécaniciens et ouvriers.
373	56	533	95

En 1899, le total est de 1.393, ainsi décomposé :

467	193	644	89

L'augmentation est donc de 336, soit environ un tiers, et la plus forte augmentation a porté sur le personnel des dames-employées qui a plus que triplé, passant de 56 à 193.

Les diagnostics portant sur des affections tuberculeuses des voies respiratoires s'élèvent au chiffre de 228 pendant cette période de 14 années.

Le total des décès sur le personnel est de 188.

Le total des décès par tuberculose est de 67.

Donc, sur l'ensemble des décès survenus dans le personnel pendant la période 1886-1899, 36,21 °/₀ sont *imputables à la tuberculose.*

Mais les chiffres deviennent plus éloquents encore si nous divisons en deux périodes de sept ans cette série d'années.

De 1886 à 1892, 76 décès, dont 21 par tuberculose, soit 28,767 pour 100 décès.

De 1893 à 1899, 112 décès au total, dont 46 par tuberculose, soit 41,07 décès tuberculeux pour 100 décès.

Les tableaux et les courbes ci-joints ajoutent à la clarté de ces détails. (Voir le tableau et les courbes, pages 151 et 152.)

Il en ressort d'autres enseignements.

Les 228 cas de tuberculose constatés se rapportent à 118 sous-agents, 74 agents, 32 dames-employées, 4 ouvriers d'équipe. Environ 14 frappés pour 1000, mais très inégalement frappés : 12,36 pour 1000 pour les agents ; 15,02 pour 1000 pour les sous-agents ; 33,53 pour 1000 pour les dames ; 3,28 pour 1000 pour les ouvriers d'équipe ; ces proportions étant rapportées à l'année.

Les 67 décès par tuberculose se décomposent en :

30 parmi les sous-agents, dont 4 seulement parmi les facteurs du télégraphe ; 24 parmi les agents de tous grades ; 9 chez les dames-employées ; 4 chez les ouvriers, mécaniciens ou surveillants des voies.

La moyenne du personnel pendant les sept dernières années (1893-1899) a peu varié, elle a été de :

Agents 465, dames 134, sous-agents 611, ouvriers et mécaniciens 89.

Dans cette période 46 décès par tuberculose sont survenus :

Agents 16, dames 4, sous-agents 22, ouvriers et mécaniciens 4.

Les chiffres qui suivent nous montrent la gravité du mal pendant cette seconde période de sept années :

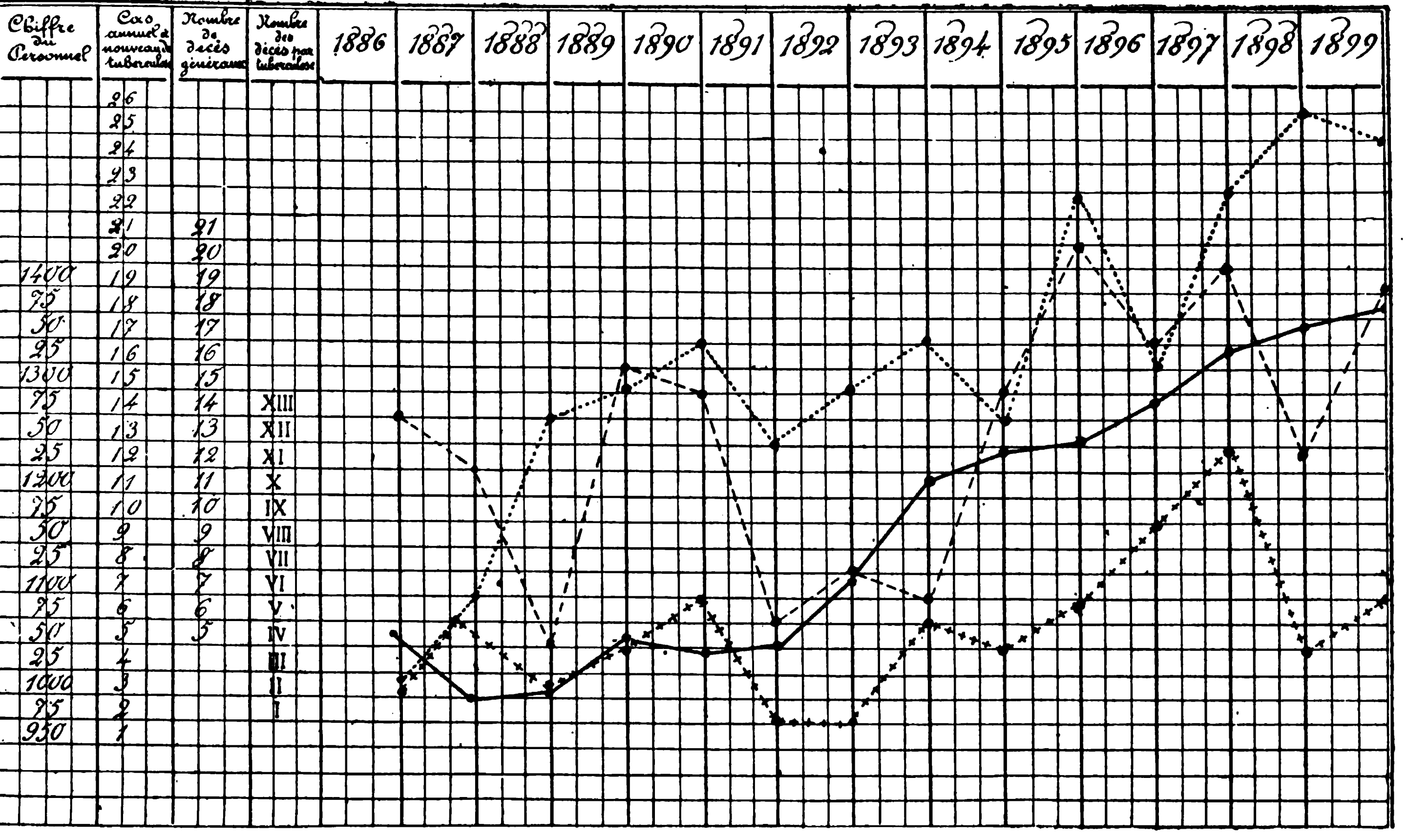
Agents :

Total des décès	33
Mortalité générale pour 1000	10,12

La tuberculose sur le personnel des Postes et Télégraphes à Lyon,

(Dr Navarre).

ANNÉES	Agents de tous grades.	Dames employées.	Sous-agents.	Mécaniciens, surveil[ts] et ouvr	Total du personnel.	Cas nouveaux de tuberculose.	Total des décès annuels sur le personnel.		Décès par tuberculose		Nombre des décès sur 1000 agents.	Décès par tuberculose sur 100 décès.
1886	373	56	533	95	1057	3	14	6 6 2 »	A.... » S.A.. 1 D.... 1 O.... »	2	13,24	14,29
1887	374	56	486	76	992	7	12	7 4 1 »	A.... 3 S.A.. 1 D.... 1 O.... »	5	12,10	41,66
1888	379	56	489	76	1000	14	5	» 2 3 »	A.... » S.A.. 1 D.... 1 O.... »	2	5	40
1889	384	83	506	83	1056	15	16	10 5 1 »	A.... 2 S.A.. 1 D.... 1 O.... »	4	15,15	25
1890	388	56	510	85	1039	17	15	8 6 1 »	A.... 2 S.A.. 3 D.... 1 O.... »	6	14,43	40
1891	389	56	514	91	1050	13	6	1 5 » »	A.... » S.A.. 1 D.... » O.... »	1	5,71	16,66
1892	438	56	542	87	1123	15	8	5 2 » 1	A.... 1 S.A.. » D.... » O.... »	1	7,12	12,5
1893	470	68	587	88	1213	17	7	3 3 » 1	A.... 2 S.A.. 2 D.... » O.... 1	5	5,77	71,43
1894	470	94	595	89	1248	14	15	2 10 1 2	A.... 1 S.A.. 2 D.... 1 O.... »	4	12,02	26,66
1895	472	100	599	88	1259	23	21	8 13 » »	A.... 3 S.A.. 3 D.... » O.... »	6	16,68	28,57
1896	460	130	604	90	1284	16	17	5 11 1 »	A.... 2 S.A.. 6 D.... 1 O.... »	9	13,27	52,35
1897	451	180	613	90	1344	23	20	6 11 1 2	A.... 5 S.A.. 4 D.... 1 O.... 2	12	14,88	60
1898	463	176	634	90	1363	26	13	5 5 2 1	A.... 2 S.A.. 1 D.... » O.... 1	4	9,53	30,77
1899	467	193	644	89	1393	25	19	4 12 3 »	A.... 1 S.A.. 4 D.... 1 O.... »	6	13,64	31,57
Totaux. 1893-1899	3258	941	4276	624	9099							
Moyennes 1893-1899	465	134	611	89	1299							
(1886-1899) Totaux						228	188		A.... 24 S.A.. 30 D.... 9 O.... 4	67		
(1886-1899) Moyennes générales...											11,32	34,35
Moyennes de 1886 à 1892.................................											10,39	27,63
Moyennes de 1893 à 1899.................................											12,25	41,07


Chiffre du Personnel
Cas annuels de nouveaux tuberculeux
Nombre de décès généraux
Nombre des décès par tuberculose
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
Chiffres du personnel
Cas nouveaux de tuberculose
Mortalité générale
Mortalité par tuberculose.

Décès par tuberculose	16
Soit sur 1000 agents..............	4,9
— 100 décès...............	48,4

Dames :

Total des décès de 1893 à 1899	8
Mortalité générale pour 1000	8,50
Décès par tuberculose (même période)..	4
Soit sur 1000 dames-employées....	4,25
— 100 décès................	50

Sous-agents :

Total des décès de 1893 à 1899.......	65
Mortalité générale pour 1000.........	15,2
Décès par tuberculose (même période)..	22
Soit sur 1000 sous-agents.........	5,14
— 100 décès	33,8

Ouvriers d'équipe :

Total des décès de 1893 à 1869.......	6
Mortalité générale pour 1000	9,63
Décès par tuberculose...............	4
Soit sur 1000 ouvriers (1)..........	6,4
— 100 décès...............	66,6

Si nous comparons ce personnel sélectionné à un autre groupe sélectionné, celui de l'armée, nous voyons que la mortalité y est presque double que celle de l'armée de terre pour la première période de sept ans, de 1886 à 1892, soit 10,39 pour 1000 et qu'elle atteint 12,25 pour 1000 dans la période de 1893 à 1899, au lieu de 5,74 pour l'armée (1890-1897). Mais la mortalité par tuberculose y est cinq fois plus considérable et la proportion de décès tuberculeux sur 100 décès y est double.

Sur l'ensemble des 14 années, 35 °/₀ des décès sont imputables à la tuberculose, plus du tiers, alors que nous sommes habitués à regarder le cinquième comme une proportion inquiétante. Mais pendant les sept dernières années

(1) Cette énorme proportion vient de ce que tous les décès généraux et tous les décès par tuberculose se sont produits dans la deuxième moitié des 14 années de la statistique générale.

(1893-1899), la proportion devient effrayante : 41 °/₀ des décès survenus dans le personnel sont imputables à la tuberculose.

Les ouvriers d'équipe sont parmi les hommes les plus robustes et, à leur entrée dans l'Administration, j'ai remarqué qu'ils l'emportaient comme musculature et vigueur d'ensemble sur les sous-agents facteurs des postes et facteurs des télégraphes. Ils sont aussi moins tarés par l'alcoolisme. Et cependant ils offrent cette particularité de présenter dans ma statistique, restreinte il est vrai, une mortalité générale de 6,4 pour 1000, sur laquelle les deux tiers sont le fait de la tuberculose.

Ici la contagion est évidente. Tant qu'ils travaillent sur les lignes ils se portent bien comme les surveillants de ces mêmes lignes aériennes. Après un travail prolongé dans les égouts, ils tombent malades. Le fait est à retenir : en sept ans, 6 décès sur les ouvriers d'équipe, dont 4 par maladie tuberculeuse.

Le personnel de 1886 à 1899 passe de 1057 à 1393, il augmente d'un tiers environ, et les cas avérés de tuberculose passent de 3 à 25, ils se multiplient par 8.

Quant à la mortalité par tuberculose, elle a plus que triplé dans ce même laps de temps, et les chiffres nous montrent qu'alors que la mortalité générale a peu varié, la mortalité par tuberculose est allée et va toujours en progressant.

Enfin il n'est pas inutile de faire remarquer que les sujets frappés s'échelonnent, pour la très grande majorité, de 23 à 40 ans.

Pour bien apprécier toute l'importance du mal, je rappelle que les dernières statistiques de M. Bertillon constatent à Paris, en 1897, sur une population de 2.551.629 habitants, 46.958 décès, dont 12.311 par tuberculoses diverses, soit une proportion de 4,9 décès de tuberculeux sur 1000 habitants et de 26,1 décès tuberculeux sur 100 décès généraux.

Mais à Lyon le mal général est moindre qu'à Paris, bien qu'il y soit supérieur à celui de la majorité des autres villes de province. Sur une population totale de 466.767 habitants, la moyenne de 10 années donne 1.645 décès par tuberculose sur une mortalité totale de 9.272. Ce qui donne 3,66 décès de tuberculeux par 1000 habitants, et 17,83 décès de tu-

berculeux sur 100 décès généraux, à peine le sixième des décès.

Tableau comparatif.

	Mortalité générale par 1000 habitants.	Mortalité par tuberculose p. 1000.	Décès tuberculeux par 100 décès.
A Paris (1897, Bertillon)	18,70	4,9	26,1
A Lyon (1890-1899) (1)	20,45	3,66	17,83
Sur l'armée française à l'intérieur (1890-1897)	5,74	1,066 (2)	20 à 21
Sur le personnel lyonnais des Postes et Télégraphes (1893-1899)	12,25	5,05	41,07

(1) La tuberculose a Lyon (1890-1899).

De **1890** à **1895**, population comptée à 438.077 habitants.

	Décès généraux.	Décès par tuberculoses diverses.
1890....	9.832	1.718
1891....	9.371	1.675
1892 ...	9.313	1.618
1893....	9.663	1.685
1894....	9.020	1.686
1895....	9.153	1.692

Moyenne : 1.662 — Décès généraux p. 1000 hab.. 21,43; Décès par tuberc. p. 1000... 3,83; Décès par tub. par 100 décès. 17,87

De **1896** à **1899**, population comptée à 466.767 habitants.

	Décès généraux.	Décès par tuberculoses diverses.
1896....	8.676	1.631
1897....	8.750	1.602
1898....	9.403	1.609
1899....	9.544	1.676

Moyenne : 1.629 — Décès généraux p. 1000 hab.. 19,48; Décès par tub. p. 1000 h.... 3,48; Décès par tub. p. 100 décès.. 17,79

Il y aurait donc une légère diminution des maladies tuberculeuses et de la mortalité générale elle-même à Lyon depuis 1896. La disparition du quartier Grôlée, d'un grand nombre de masures des Brotteaux et de la Guillotière, et surtout la vigilance du Bureau d'hygiène sont, je pense, les causes de ce commencement de mieux, car la tuberculose vient comme séquelle de toutes les maladies infectieuses.

(2) Les pertes totales de l'armée par tuberculose sont en réalité beaucoup plus considérables, si l'on y comprend les réformes pour tuberculose. Ce chiffre moyen devient 7,54 p. 1.000 pour cette même période de huit ans. (Arnaud et Lafeuille, *Arch. de médecine militaire*, mars 1900, p. 170.) Mais je n'ai dû comparer que la mortalité.

Ces termes de comparaison nous permettent de voir que la mortalité par tuberculose, parmi l'ensemble du personnel des postes et télégraphes est beaucoup plus considérable que celle de l'ensemble de la population lyonnaise; elle est de 5,24 pour 1000 en moyenne, au lieu de 3,66; mais surtout que la proportion des décès par tuberculose sur le nombre total des décès (41,07 °/₀ est un phénomène tout à fait anormal, alors que sur l'ensemble de la population lyonnaise la situation irait plutôt en s'améliorant depuis 1896.

Le mal est donc patent et relativement énorme. Il prend plus d'importance encore si l'on songe que ces observations portent sur un personnel soigneusement trié à son entrée dans l'Administration.

Depuis 14 ans que je suis médecin de l'Administration, j'ai toujours éliminé, pour ma part, sévèrement, les sujets que nous avons l'habitude de classer comme *candidats* à la tuberculose : porteurs d'adhérences pleurales, de cicatrices d'adénites cervicales, *vénitiens*, rachitiques, faibles de constitution.

D'autre part, les hommes ayant presque tous fait leur service militaire, avaient déjà subi la sélection du régiment.

Les chiffres qui précèdent sont donc bien l'expression de la fréquence de la contagion tuberculeuse, et si, comme je le dirai, le terrain a été préparé, dans la catégorie des sous-agents, par une cause habituelle de déchéance physique, l'hérédité du moins doit être écartée comme cause première.

II. — Les causes.

Poursuivant mon enquête, j'ai recherché les conditions hygiéniques des divers locaux occupés par les services de l'Administration : A) La Direction (rue Vaubecour); B) Le Central télégraphique (rue de la Barre); c) Le Bureau téléphonique (ibid.); D) La Recette principale des postes, place Bellecour); E) La Caisse d'épargne postale.

A) Direction. — Les services de la Direction sont installés dans un appartement de la rue Vaubecour, dont la destination première était un logement bourgeois. Les pièces qui le composent seraient suffisantes pour une famille de 8 à 10 personnes. Elles donnent asile à 31 agents et sous-agents

de tous grades et à des monceaux de paperasses, dont le moindre inconvénient est d'encombrer, le plus grave est de servir de réceptacles aux poussières.

La *salle des rédacteurs* n'a guère que 100 mètres cubes d'air, si l'on en défalque le cube des meubles et des casiers garnis de leurs dossiers. Huit rédacteurs y passent leur journée de service. En été, on ouvre les fenêtres; mais en hiver c'est l'air déjà vicié du corridor intérieur qui alimente cette pièce. 12 mètres cubes par personne, c'est absolument insuffisant. L'air y est ruminé.

La *salle des agents des télégraphes et des téléphones*, séparée en deux par un mur de refend, mur percé d'une large baie qui fait communiquer les deux parties, donne un cube total de 140 mètres, défalcation faite des meubles, pour 14 à 15 agents, soit à peine 10 mètres cubes par personne.

La *petite pièce* qui sert au contrôle de la Caisse d'épargne cube à peine 40 mètres cubes d'air, très encombrée qu'elle est de casiers chargés de registres. Trois agents y séjournent continûment de jour et un facteur-enfant vient y attendre des ordres.

La *salle de la Caisse d'épargne* a son cube d'air réduit à 100 mètres cubes environ par les casiers et les cartons. Sept personnes, six dames-employées et le commis principal y séjournent pendant les heures de service.

La *pièce réservée aux sous-agents*, où dix hommes peuvent être appelés à séjourner, où il en séjourne habituellement sept, n'a guère que 82 mètres cubes de contenance. Cette pièce est par ailleurs la plus encombrée de sacs poussiéreux de correspondances. Le parquet en est recouvert de linoléum, comme aussi une partie du corridor de service attenant, non pas dans un but hygiénique, car la propreté n'en est point faite au linge humide, mais uniquement pour assourdir les bruits qui troublaient l'étage inférieur.

Les agents supérieurs ont des pièces séparées.

Presque partout, en résumé, un cube d'air très insuffisant, des poussières accumulées, des parois, des parquets hostiles à la propreté hygiénique.

Les cabinets d'aisance des inspecteurs sont d'un vieux système, sans chasse et simplement siphonnés.

Les cabinets réservés aux agents et sous-agents sont un

simple trou à la turque percé dans un massif de ciment. Ils sont très mal odorants et ne peuvent être que mal tenus.

B) LE CENTRAL TÉLÉGRAPHIQUE. — Les locaux sont récents ; mais le premier reproche à leur faire, c'est de n'avoir pas été construits pour leur destination.

La salle des télégraphistes hommes est vaste ; le cube d'air en est de 2.280 mètres, défalcation faite des appareils et meubles divers, pour un maximum de 70 employés présents à la fois. Elle est suffisamment aérée et, si elle permettait la propreté médicale, il n'y aurait point trop à reprendre sur sa capacité relative, sur les parois, les plafonds, la lumière naturelle et artificielle, cette dernière excellente, grâce à une ingénieuse application de l'éclairage électrique, qui rend le plafond de la salle lumineux sans que les employés voient le foyer de lumière.

Mais les nombreux appareils (60 environ) contenus dans cette salle sont autant d'objets qui recueillent et retiennent les poussières. Le parquet, en outre, de chêne non ciré, est balayé à sec et à tour de bras tous les matins.

Les water-closets, installés par l'Administration des hospices, à laquelle appartient l'immeuble, sont à chasse et d'un système moderne. Toutefois, je ne saurais dire si c'est la faute des appareils qui s'engorgent ou des agents peu soigneux, j'ai remarqué à plusieurs reprises que, malgré les chasses, ils n'étaient pas inodores. Des *grimpeurs* ont laissé des traces manifestes de leurs manœuvres. La préoccupation de l'architecte d'un water-closet public doit être de décourager les *grimpeurs*.

La pente de la rue de la Barre fait que la hauteur de la *salle des dames télégraphistes* est beaucoup moindre que celle des autres salles du rez-de-chaussée disposées en allant vers la rue Bellecordière.

Le cube d'air en est de 1.085 mètres cubes pour un maximum de 36 présences. Peut-être serait-ce suffisant, le nombre des dames-employées travaillant ensemble par brigades étant rarement au complet, si le système d'aération par les impostes n'était défectueux et désagréable. Elles préfèrent, en effet, souffrir de la chaleur ou de l'air confiné plutôt que de recevoir des douches d'air frais sur la tête et les épaules. Il y a des gaines d'aération dans l'épaisseur de la muraille faisant

face à la rue, et l'on a installé récemment des appareils tournants. Malgré tout l'aération reste défectueuse.

Cette salle est au-dessus des foyers des machines et des émanations de la chambre de chauffe, odeurs d'huile, de charbon, s'y font fréquemment sentir. Le parquet y est quelquefois porté, en été, à la température de 35°.

Ce parquet, de chêne non ciré, est balayé à sec et les appareils sont époussetés.

Le dessous des appareils est couvert d'une couche de poussières avec lesquelles, dans les appareils Hughes, l'huile vient former un magma désagréable et sale. Les pieds et les armatures de ces divers appareils n'étant pas peints à la peinture hydrofuge ne peuvent être essuyés au linge humide.

J'ai vu des dames apporter des aliments avec elles et les déposer sur la table à côté de leurs appareils. C'est là une pratique dangereuse et condamnable, les mains et les aliments étant sûrement souillés de poussières.

c) Le *service téléphonique*, le dernier installé au premier étage de la rue de la Barre, est, hygiéniquement, celui qui prête le moins aux critiques.

La salle est vaste, bien éclairée, bien aérée, malgré l'inconvénient de l'ouverture des impostes signalé plus haut. Le service téléphonique est l'ennemi des poussières qui troublent le fonctionnement des appareils. Le parquet de la salle est recouvert d'un linoléum et une certaine propreté règne dans ce service. L'hygiène profite de ces mesures sans les avoir inspirées.

Mais que de desiderata trouverait encore à exprimer l'hygiéniste ? Les surfaces ne sont pas unies, faciles à laver ; les angles des plafonds ne sont pas arrondis ; le système de chauffage par bouche de calorifère à air est défectueux ; le système d'aération est mal compris ; les crachoirs, non couverts, sont remplis de son de bois.

Malgré ces imperfections, il n'est pas douteux, pour l'observateur, que les téléphonistes ne bénéficient d'une installation plus hygiénique. Elles offrent un pourcentage de morbidité de beaucoup inférieur à celui des dames télégraphistes, et cependant leur travail m'a paru plus assidu et plus agaçant.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 25 avril 1900. — Présidence de M. Vallas.

OCCLUSION INTESTINALE PAR BRIDE, SIÉGEANT SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR DU GROS INTESTIN; ÉVISCÉRATION TOTALE; SECTION DE LA BRIDE; GUÉRISON.

M. Patel, interne des hôpitaux, présente une malade de M. Jaboulay, guérie d'une occlusion intestinale, et donne sur ce cas les renseignements suivants :

M. C..., âgée de 32 ans, entra, le 16 avril, dans la salle Saint-Paul, service de M. Jaboulay, pour des accidents d'occlusion intestinale datant de huit jours. Le 7 avril, au matin, elle fut prise de douleurs subites, vives, généralisées à tout l'abdomen, de vomissements bilieux peu abondants; malgré plusieurs purgatifs, il n'y eut aucune selle. Le ventre se ballonna de plus en plus, les douleurs persistèrent, l'état général était encore relativement bon; la malade cependant vint à l'hôpital.

A son arrivée, elle accuse toujours les mêmes symptômes : douleurs généralisées à l'abdomen, coliques, avec sensation de mouvements de torsion dans l'abdomen ; quelques vomissements bilieux, pas de vomissements fécaloïdes; arrêt complet des selles. Les urines sont presque nulles; l'état général est cependant bon, puisque la malade peut se lever. A l'examen de l'abdomen, on constate que le ventre est très météorisé ; des bosselures se dessinent par place à la surface; tympanisme généralisé; dans les flancs, légère submatité. A la palpation, pas de points spécialement douloureux; la région cæcale est voussurée, pas de clapotement.

Toucher rectal négatif. Langue saburrale, humide. Pas d'autres signes; le pouls est bon. Les urines sont très rares ; par le cathétérisme on ne ramène que quelques gouttes, et on constate que l'urètre est dirigé très obliquement dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher vaginal, dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse dépressive, douloureuse, qui refoule l'utérus et la vessie à gauche, et qui correspond à une anse intesti-

nale distendue. Les annexes sont inaccessibles. Température normale.

Dans les antécédents de la malade, on ne relève rien du côté de la famille. Personnellement, elle est mariée, mère de trois enfants bien portants; son dernier accouchement date de dix-neuf mois; depuis, la malade accuse quelques douleurs pelviennes. Il y a sept mois qu'elle eut quelques ménorragies : un médecin consulté lui fit trois cautérisations au nitrate d'argent ; les symptômes disparurent. C'est tout ce que l'on trouve jusqu'à la dernière affection.

Ne trouvant dans le passé de la malade aucune histoire intestinale ou hépatique, mais une affection pelvienne probable, M. Jaboulay porta le diagnostic d'occlusion, due peut-être à une bride de pelvi-péritonite ancienne. Le siège de l'obstacle était difficile à préciser ; l'absence d'urine pouvait faire supposer une bride siégeant sur l'intestin grêle ; le météorisme considérable, la voussure de la fosse iliaque droite laissaient supposer un obstacle plus bas placé.

L'intervention, malgré la conservation de l'état général, fut décidée.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale ; après l'ouverture du péritoine, il s'échappe un peu de liquide séro-hématique. Les anses grêles violacées, énormément distendues font aussitôt hernie. Introduisant la main dans la plaie, M. Jaboulay explorant la fosse iliaque droite perçoit une masse volumineuse, rénitente, qu'il attire au dehors et qui n'est encore qu'une anse grêle énorme. Toutes les anses intestinales sont ainsi mises au dehors et recueillies dans des compresses; l'éviscération est absolument totale ; les anses grêles, le gros intestin, énormément dilaté, forment alors une masse volumineuse qu'un bras peut à peine contenir. A ce moment, la cavité abdominale peut être explorée en entier; sans agrandir l'incision, M. Jaboulay unit la partie inférieure du gros intestin distendu sur tout son parcours, ce n'est qu'à la portion terminale de celui-ci, dans l'excavation, qu'une bride très serrée est sentie. La striction est très étroite, la bride, solide, s'étend des parois du petit bassin à un prolongement du gros intestin qui semble être le cæcum. En raison de la situation de ce prolongement, un fil est

placé sur lui, avant sa section ; il existe en effet une légère cavité centrale, de sorte que l'on croit avoir affaire à l'appendice ; la pièce a été envoyée à l'examen histologique. Du côté de l'excavation la bride est pleine et l'on peut supposer qu'il s'agit d'une jetée cicatricielle entre le petit bassin et l'appendice.

La bride sectionnée, on constate que la séreuse est détruite à son niveau, sur les parois intestinales ; la tunique musculeuse apparaît au-dessous.

Au-delà de la bride, l'intestin est dilaté, ses parois ne sont pas épaissies ; l'aspect est bon, il n'y a pas de gangrène limitée, pas de point suspect. Il ne semble pas y avoir non plus de lésion de la muqueuse, aussi l'intestin est réintégré ; la rentrée de l'intestin se fait assez facilement ; en même temps des gaz s'échappent par l'anus ainsi que quelques matières fécales.

Pendant toute la durée de l'opération, quinze minutes environ, le pouls et la respiration n'ont pas varié, il n'y a eu aucune alerte dans l'anesthésie.

Suture de la paroi en étages.

Pendant toute la journée, la malade a rendu des matières fécales en grande quantité. Elle n'a pas eu de vomissements, pas de température.

L'opération date de dix jours ; l'amélioration s'est accentuée de jour en jour, le ventre est normal, aujourd'hui la guérison est complète.

FRACTURES BIMALLÉOLAIRES DE LA JAMBE ET RADIOGRAPHIE.

M. Destot présente une série d'observations de fractures bimalléolaires, simples en apparence, mais qui ont été grâce à la radiographie démontrées très complexes.

Il s'agit de 10 cas dans lesquels les fractures des malléoles étaient accompagnées de la production d'un fragment en coin, à base antérieure ou postérieure, siégeant sur le tibia : 8 postérieures, 2 antérieures.

Ces fractures donnent lieu à des déformations secondaires considérables (subluxation du pied en avant ou en arrière). Le membre en est gêné, et une véritable infirmité succède à des fractures réputées simples. Au début, le diagnostic est impossible à faire sans la radiographie. L'emploi systéma-

tique du massage et de l'attelle plâtrée donne les plus piteux résultats. La fracture n'est pas réduite ou si elle l'est, elle n'est pas maintenue. Sous le voile de l'appareil inamovible le membre joue, si bien qu'au moment de l'ablation la déformation est définitive et le traitement devient impossible.

Les observations de ce genre sont peu nombreuses, et les déviations latérales, qui ont fait l'objet de beaucoup de travaux, ont absorbé l'attention, alors que les déformations antéro-postérieures n'ont pas été étudiées. (Observation de Nélaton.)

Lorsque la déformation existe, le diagnostic est très difficile. A distance on a un pilon tibio-péronier épaissi. Les gouttières rétro-malléolaires ont disparu, les mouvements sont limités, mais le diagnostic clinique de la fracture ancienne n'est possible qu'avec la radiographie. Le pronostic en est grave.

Quant au traitement, jusqu'à présent, sauf un cas où M. Vallas fit une résection du plateau tibial, on n'en connaît guère d'indication.

La pathogénie ressort des expériences de M. Rochet sur les luxations doubles de l'astragale où la production d'un coin tibial postérieur est signalée. On trouve aussi dans Hamilton une figure qui répond à ces cas.

Il ne faut pas confondre ces coins antérieurs et postérieurs avec le fragment externe décrit par Tillaux.

Il résulte des cas observés qu'en cas de fractures bimalléollaires il faut avant tout faire la radiographie, se rendre compte de la forme des téguments et modifier le traitement suivant les cas. Les malformations observées sont dues à la négligence ou à la systématisation des chirurgiens, et il faut être prévenu que les cas les plus simples en apparence sont souvent très compliqués, et il faut se conduire toujours comme dans les cas les plus graves. Ni le massage, ni l'appareil inamovible exclusifs ne mettent à l'abri de cette déformation, qu'un médecin doit toujours éviter.

M. Vallas. La communication de M. Destot est intéressante pour le traitement des fractures bimalléolaires. Après ces fractures, on a souvent, en effet, des cals vicieux et des déformations pouvant entraver la marche. Les blessés réclament souvent des indemnités aux compagnies d'assurances, pour cette impotence parfois très prononcée.

Le traitement de ces fractures doit être surveillé particulièrement. Or comme elles ne sont pas toutes identiques à elles-mêmes, il ne faut pas se contenter d'une thérapeutique unique. Sinon, l'on s'exposerait à des déboires.

L'attelle plâtrée demande à être maniée avec réserve. Elle est dangereuse si on ne surveille pas le membre. Au moment du traumatisme, il est bien difficile de reconnaître les déformations sur un membre gonflé et ecchymotique; la déformation est mal corrigée. Aussi est-on surpris, après la disparition du gonflement, de retrouver un membre tordu, alors qu'on le croyait dans la rectitude.

Dans d'autres conditions, on a bien constaté la déformation, on l'a réduite exactement. Mais l'attelle a été appliquée sur un membre gonflé. Elle vient à jouer quelques jours après, et la déformation se reproduit par les simples forces musculaires. En somme, il ne faut avoir qu'une confiance limitée dans le plâtre.

Le massage porté à l'extrême n'est pas meilleur. Il est illusoire comme traitement unique : car le poids du pied, les contractions musculaires dérangent la coaptation des os. Le massage fait bien cesser la douleur par contracture et le gonflement, mais ne guérit pas la déformation.

La thérapeutique utile consiste à combiner les deux méthodes : plâtre et massage. La constatation faite par M. Destot de l'existence des coins tibiaux antérieur et postérieur permet, mieux qu'auparavant, de comprendre la chute et l'abduction du pied, dans les fractures bimalléolaires.

En réalité, chaque fracture réclame un traitement spécial. Les types sont essentiellement variables dans la pratique.

Chez un malade présentant la déformation de la luxation du pied, M. Vallas réduisit, par exemple, le déplacement, puis appliqua un appareil plâtré. La radiographie, ayant démontré au bout de quelques jours le maintien osseux, l'auteur pensa enlever l'appareil après douze à quinze jours, pour ordonner du massage, afin d'éviter l'arthrite, les atrophies musculaires, les synovites tendineuses, etc.

Voici un autre blessé qui présente surtout du gonflement et de la contracture. Il est préférable de pratiquer d'abord quelques massages contre les douleurs, pendant trois ou quatre jours. A ce moment la réduction sera maintenue par huit à dix jours d'appareil plâtré. On reprendrait alors le massage.

Cette méthode de traitement des fractures permet d'éviter les cals vicieux, dont le traitement chirurgical est difficile, donne quelques résultats encourageants, mais bien rarement des succès complets.

Il vaut mieux prévenir ces cals vicieux que de les traiter.

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA SYMPHYSE CARDIAQUE PAR LA RADIOGRAPHIE.

M. Destot fait une communication sur la radioscopie dans les symphyses cardiaques. Il résulte de deux observations que le diagnostic peut se faire :

1° Par l'immobilité de la pointe du cœur dans les mouvements respiratoires.

2° Par la différence des ombres du cœur selon que l'on regarde en avant ou en arrière.

Le plus souvent la symphyse étant antérieure, on observe une ombre antérieure petite, limitée, tandis que l'ombre postérieure est très augmentée.

Ces conclusions reposent sur deux observations recueillies chez des malades de MM. Colrat et Lyonnet. Dans le premier cas, la nécropsie du malade a confirmé le diagnostic clinique de symphyse cardiaque. Le second malade vit encore.

De nouvelles observations sont nécessaires pour établir la valeur séméiologique des signes révélés par la radioscopie.

M. Pic. La symphyse péricardique est d'un diagnostic difficile. Elle n'a pas de signe certain. Il a fait récemment l'autopsie d'un cas de symphyse péricardique diagnostiquée pendant la vie par le défaut de variabilité de la matité cardiaque dans les changements d'attitude et par la fixité de la pointe. Il y avait un foie cardiaque prononcé, comme l'a signalé M. Mouisset, et un reflux hépato-jugulaire typique.

Peut-on, par la radiographie, distinguer la fixité du cœur due à la symphyse, et celle résultant d'adhérences entre le péricarde et la plèvre ?

M. Destot. Dans les cas de péricardite avec épanchement, le cœur forme une tache sombre, immobile sur l'écran. Si le péricarde était fixé aux plèvres, on verrait le cœur battre et se mouvoir avec les mouvements du diaphragme.

Ces faits n'ont pas encore été signalés par la radioscopie dans la symphyse péricardique.

Le Secrétaire adjoint, X. Delore fils.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 22 mars 1900. — Présidence de M. Fochier.

OSTÉOME DU BRACHIAL ANTÉRIEUR.

M. Batut présente trois observations d'ostéome du brachial antérieur, dont deux accompagnées de radiographies. Le premier cas est consécutif à une luxation du coude en arrière, le second à une entorse violente du coude, le troisième à une arthrite blennorragique intense. Le massage, pratiqué avec beaucoup de douceur, l'électrisation, ont été utiles. Le massage énergique doit être rejeté dans le traitement des traumatismes du coude, il tend plutôt à provoquer

des ossifications qu'à les faire résoudre. Il faut savoir attendre.

M. Ollier voit avec plaisir M. Batut insister sur les dangers du massage, et rappelle un cas où après un traumatisme du coude les manœuvres d'un masseur amenèrent une ankylose presque complète. Ces ossifications musculaires ont en général une tendance naturelle à la résorption ; aussi ne faut-il pas se presser de les enlever et attendre un an ou deux avant d'intervenir, soit par l'ablation isolée de l'ostéophyte, soit par la résection du coude selon les cas. Ces ossifications péri-articulaires sont le plus souvent d'origine périostique.

TRAUMATISME DE L'ORBITE GAUCHE SUIVI DE MÉNINGITE ET DE MORT.

M. Arloing présente les pièces d'autopsie provenant d'un malade du service de M. Gayet.

Le malade, cultivateur âgé de 24 ans, conduisait le 7 mars une voiture de foin, lorsque la pointe aiguë d'une fourche américaine pénétra dans la région orbitaire externe gauche. Hémorragie immédiate de l'orbite et du nez. Deux heures après l'accident, le malade pert subitement la vue de l'œil gauche. Pendant cinq jours, en dehors de la perte de la vision et de l'ecchymose notable, aucun symptôme de grande importance. Brusquement et sans prodromes, le 11 mars au matin, céphalalgie intense, vomissements, raideur de la nuque, excitation très prononcée. Le soir, perturbation marquée du rythme respiratoire. Le lendemain, perte de connaissance, contractures musculaires progressives, bientôt suivies de paralysie. Mort 48 heures après le début des accidents.

A l'autopsie, infiltration purulente des méninges étendue, au niveau de la région rolandique. Sur la paroi externe de la fossette de la lame criblée de l'ethmoïde on trouve une petite perforation circulaire qui a été le point de départ de l'infection méningée.

M. Gayet a vu un certain nombre d'observations analogues à la suite de la perforation de l'orbite par un fleuret, une pointe de parapluie. Le globe oculaire ici avait été effleuré et non perforé par la pointe de la fourche.

PRÉSENTATION D'UN FŒTUS RECUEILLI AU COURS D'UNE LAPAROTOMIE POUR GROSSESSE TUBAIRE ROMPUE AVEC INONDATION PÉRITONÉALE.

M. Auguste POLLOSSON présente le fœtus, long de sept centimètres environ, ce qui, d'après les tables, suppose une grossesse d'au moins deux mois. Or les dernières règles avaient paru moins d'un mois et demi avant l'accident, ce qui conduit à admettre que dans les grossesses tubaires les règles peuvent persister le premier, peut-être aussi le deuxième mois, après le début de la conception.

Le volume des placentas extraits dans ces grossesses confirme la donnée précédente.

DISCUSSION SUR LE CANCER UTÉRIN AVEC GROSSESSE.

M. CONDAMIN dit que s'il s'est abstenu d'intervenir après avoir constaté la grossesse chez la malade opérée plus tard par M. A. Pollosson, c'est qu'il a considéré que sur cette malade de 21 ans la marche fatale du cancer ne laisserait à la mère qu'une survie négligeable, et que dans ces conditions il lui avait paru préférable de donner à l'enfant quelques chances de vie en laissant évoluer la grossesse.

M. FOCHIER estime que M. Pollosson a proscrit d'une façon trop absolue les opérations partielles. Il existe des papillomes ou des néoplasies relativement bénignes du col dont l'ablation peut n'être pas suivie de récidive. La question en litige est du domaine de la morale autant que de la chirurgie. La loi française dérive du droit romain, d'après lequel la femme est la propriété du mari, ne permettrait pas une intervention chirurgicale sans l'assentiment de celui-ci. L'avis de la mère doit être prépondérant pour juger s'il y a lieu de sacrifier ou non l'enfant. Dans les cas de cancer avec grossesse, il faut s'inspirer avant tout des conditions particulières, tenir compte de l'avis de la mère et du père, et si l'on n'a pas la main forcée par les douleurs, attendre pour intervenir que l'enfant soit viable.

M. A. POLLOSSON. L'argumentation de M. Condamin conduirait à s'abstenir sur les femmes très jeunes, même en dehors de la grossesse, puisqu'il estime que la récidive est inévitable. Au point de vue de l'enfant, il faut demander une solution aux parents. Dans ce cas particulier le père a préféré donner à sa femme les meilleures chances de survie. A un point de vue général, la mère dans ces cas peut être considérée comme en état de légitime défense vis-à-vis de son enfant, et lorsque celui-ci devient pour elle un danger de mort, elle acquiert le droit de le supprimer.

REVUE DES LIVRES

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel et A. Gilbert. Tome VII : *Maladies de l'appareil respiratoire* (nez, larynx, trachée, bronches et poumons). Un vol. grand in-8 de 931 p. avec figures. (Paris, Baillière, 1900. — 12 fr.

A une époque où la science progresse avec une si grande rapidité, il n'est pas surprenant que les livres se succèdent avec une abondance que justifient le nombre et la valeur des conquêtes scientifiques de chaque jour. A cet égard, le nouveau traité dont l'éminent doyen de la Faculté a pris la direction comptera parmi les plus importants, car non seulement il est le plus récent, mais M. Brouardel a su s'assurer pour sa publication la collaboration des savants qui ont contribué puissamment au mouvement scientifique actuel.

Si ce titre n'était destiné à vieillir si rapidement, le vrai nom de ce nouveau livre serait : Traité de médecine moderne, eu égard, et à la nouveauté des matériaux qu'il contient, et à l'esprit dans lequel il est écrit. Toutefois, si moderne qu'il soit, et cela dans le bon sens du mot, ce traité n'abandonne pas les données léguées par la tradition.

Le septième volume, qui vient de paraître, est consacré aux maladies de l'appareil respiratoire. Il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés : les noms des maîtres qui les ont écrits nous dispensent d'en faire l'éloge.

L'auteur étudie tout d'abord les maladies du nez (100 pages), tant au point de vue de la séméiologie que de la pathologie spéciale. M. Castex, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Paris, et M. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris, ont traité les maladies du larynx, avec leur compétence bien connue.

M. Barth, médecin de l'hôpital Necker, s'est chargé de la séméiologie de la trachée, des bronches, des poumons et des plèvres, et M. Claisse, médecin des hôpitaux de Paris, de la pathologie spéciale des mêmes appareils.

M. le docteur Mosny, médecin des hôpitaux, a traité des broncho-pneumonies, des abcès et de la gangrène des poumons.

M. le professeur Landouzy a écrit une très importante monographie de la pneumonie. MM. Triboulet et Claisse se sont chargés du poumon et des scléroses du poumon et des pneumoconioses.

M. le professeur Grancher, en la collaboration du docteur Barbier, a consacré 250 pages à la tuberculose. La compétence et le sens clinique des auteurs donnent une grande valeur à cette monographie sur une des questions les plus importantes et les plus difficiles de la pathologie médicale.

M. Balzer s'est chargé de la syphilis trachéo-pulmonaire, et enfin M. Lenoir, de l'emphysème pulmonaire et de l'asthme.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de médecine et de thérapeutique*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce septième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

REVUE DES JOURNAUX

Épidémie hospitalière de fièvre typhoïde à Bron. — Dans le second semestre de 1898 a régné à l'asile des aliénés de Bron une épidémie de fièvre typhoïde qui a frappé les malades femmes, les infirmiers et les infirmières attachés aux services contaminés, à l'exclusion presque complète des malades hommes, sauf un seul, atteint par suite de circonstances particulières. Il y a eu 35 cas sur lesquels on a compté 7 décès.

M. L. Bard et M. Péhu démontrent dans leur mémoire que, dans cette épidémie, la contagiosité a été médiate, se faisant par l'intermédiaire des matières fécales, transportées par des aliénés aidant les infirmiers ou infirmières dans les divisions où les aliénées valides étaient en contact permanent avec les malades, transportées aussi par les infirmiers ou infirmières ; ayant souillé les linges confiés ensuite aux buandiers ; en un mot ayant constitué pour la maladie un agent actif de dissémination.

Il ressort de ces constatations la nécessité absolue de précautions hygiéniques rigoureuses dans les services hospita-

liers et de s'abstenir de la pratique qui consiste à demander leur aide à certains malades assez valides pour faire fonction d'infirmiers ; leur ignorance des précautions à prendre peut leur devenir parfois funeste. (*Revue d'hyg. et de pol. sanitaire*, 20 mai 1900.)

Vaccination esthétique. — Le Dr A. Jeanneret part de cette donnée, probablement exacte, que l'immunité conférée par le vaccin est d'autant plus longue que l'inoculé a reçu plus de pustules vaccinales. Dix à douze confèreraient une immunité certaine jusqu'à la dixième année. Aussi pour éviter les nombreuses cicatrices au siège classique de la vaccination, il propose la plante des pieds. L'auteur ne se dissimule pas que ce procédé ne peut être employé que sur de tout jeunes enfants, avant l'âge des premiers pas ; qu'à l'âge de revaccination (15 ou 20 ans), la perspective de rester étendu pendant deux ou trois semaines n'est pas un moyen pratique de faire accepter la revaccination. (*Rev. de la Suisse romande*, 20 mai 1900.) Il y a quelques mois, nos lecteurs ne l'ont pas oublié, un autre vaccinateur avait proposé comme lieu d'élection la région sous-mamelonnaire.

Indications de la privation d'eau dans les cures d'amaigrissement, par Carl von Noorden. — La restriction de l'absorption des liquides, suivant le procédé Œrtel et Schweninger, n'a pas la moindre influence directe sur l'usure de la graisse du corps ni sur l'accélération de la métastase de la graisse.

L'effet primaire de la restriction du liquide sur le poids du corps n'est que le résultat des pertes d'eau dans le sang et dans les tissus. Ce résultat peut être utilisé : dans les affections du cœur, les artérioscléroses, et les affections des reins pour améliorer les conditions circulatoires ; comme moyen de suggestion chez certains malades ; pour combattre l'hydrorrhée chez ceux qui y sont sujets. L'influence de la restriction d'eau sur l'échange, l'accumulation et la dépense des graisses n'est qu'indirecte et ne vient en compte que dans des circonstances particulières, notamment quand la diminution de l'absorption des liquides sert à corriger des troubles circulatoires et par là à faciliter la combustion des graisses ou

quand elle entraîne la diminution des aliments producteurs de graisse. La diminution de la consommation d'eau ne doit être prescrite que quand elle est exigée par une indication toute particulière. (*L'Indép. médicale*, 23 mai 1900.)

Traitement de la pneumonie par la levûre de bière, par M. P. Marie. — Depuis un an j'emploie dans le traitement de la pneumonie la levûre de bière aux doses conseillées par M. Brocq dans le traitement de la furonculose. Sur huit cas j'ai eu huit guérisons.

En 1899 je voyais, en consultation avec le Dr Le Goff, un malade de 68 ans atteint d'une pneumonie grave et en même temps d'une furonculose abondante et très douloureuse. Je conseillai contre cette dernière la levûre de bière : le malade guérit de sa pneumonie malgré la gravité du pronostic, et je me demandai s'il ne fallait pas attribuer la guérison, en partie du moins, à la levûre de bière. J'administrai depuis lors la levûre de bière aux sept pneumoniques que j'ai eu à soigner et tous ont guéri.

Je ne voudrais pas faire de généralisation hâtive, mais je croyais devoir attirer votre attention sur ce point. (Soc. méd. des hôpitaux, in *Tribune médicale*, 23 mai 1900.)

Prophylaxie de la blennorragie. — Le Dr Werlander rappelle que Haussmann, puis Blokusevski, ont proposé dans ce but l'injection après le coït de X gouttes d'une solution d'azotate d'argent à 2 p. 100. M. E. Franck a fait des expériences qui démontrent que l'on peut sûrement éviter la blennorragie en instillant dans l'orifice urétral, après le coït, quelques gouttes de protargol en solution à 20 p. 100 ; le protargol a sur l'azotate d'argent l'avantage de n'être pas irritant.

M. Werlander confirme ces données ; cependant, au lieu d'une solution à 20 p. 100, il n'en emploie qu'une à 4 p. 100 dont il injecte dans l'urètre 5 à 6 grammes, qui doivent rester dans le conduit urétral.

Ainsi employé, le protargol est un excellent prophylactique, même si l'injection est faite cinq heures après le coït. (*Gaz. méd. belge*, 24 mai 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

RÉGRESSION MÉDICAMENTEUSE DE TUMEURS MALIGNES.

Par M. Jaboulay.

Le cancer apparaît comme une maladie infectieuse qui envahit peu à peu l'organisme entier après y avoir pénétré. Il doit donc être de nature parasitaire.

Cependant les multiples cultures de tumeurs malignes, qui ont été faites de différents côtés, n'ont pas révélé d'ordinaire des parasites. Nous-même, sans rien obtenir, les avons essayées sur les milieux solides ou liquides, habituellement employés en bactériologie; mais ce fait nous a surtout frappé, que la plupart des expérimentateurs n'aient pas réussi par les procédés utilisés pour la recherche des microbes. D'autre part toutes les substances microbicides, les traitements antiseptiques, les ferments, les sérums et sérosités, les méthodes qui donnent des succès dans les maladies microbiennes ne nous ont donné que des insuccès dans le cancer.

La théorie du parasitisme végétal du cancer paraît donc devoir être abandonnée ; toutefois si le parasite du cancer n'est pas une bactérie, on peut penser qu'il est peut-être un parasite animal capable de se modifier, de se détruire ou de disparaître dans les milieux de cultures ordinaires. Nous avons admis la présence d'un protozoaire, nous en avons cherché le poison ou le médicament spécifique. Celui-ci existe et il a été démontré tel *in vitro*, il y a trente ans environ (Bochefontaine, 1873). Franchissant la distance qui sépare la théorie de la pratique, j'ai donc donné la quinine à des cancéreux inopérables comme médicament spécifique et non point seulement nervin et analgésique.

D'abord j'ai associé le calomel et la quinine, pensant, d'après la clinique, que la syphilis prédisposait au cancer et qu'un terrain vierge de syphilis est une rareté si l'on songe à l'influence héréditaire, puis j'ai administré la quinine seule. J'ai fait des injections sous-cutanées d'une solution de bichlorhydrate de quinine de façon à faire pénétrer d'abord 0,50 centigrammes, et au bout d'une semaine, 1 gr. du médicament par piqûre et par jour.

Ces injections ont soulagé dès le 3e jour une malade privée de sommeil depuis 6 mois par les douleurs insupportables dues à un cancer utérin ayant ouvert la vessie ; mais, on peut dire, et on n'aurait pas tort, que la quinine a agi dans ce cas sur le système nerveux et non point par une action spéciale sur le cancer. Je ne ferai encore que citer une autre malade atteinte de cancer ulcéré du sein avec ganglions axillaires et signes de tumeur secondaire de la base du crâne : céphalalgie, strabisme, diplopie, vertige, œdème papillaire, dont la tumeur primitive a diminué du tiers; la céphalalgie a disparu après une douzaine de piqûres ; on pourrait dire que le diagnostic n'a pas été contrôlé par l'opération.

C'est pourquoi je m'arrêterai seulement sur une troisième cancéreuse, connue à Lyon, où elle a été examinée et reconnue cancéreuse par neuf chirurgiens, trois médecins des hôpitaux et cinq concurrents en chirurgie. Il s'agit de la malade qui a été le sujet d'une épreuve clinique au concours de chirurgien des hôpitaux en mai 1897; elle avait, avec évidence pour tous, un cancer du sein droit ayant envahi les ganglions de l'aisselle, et aussi un zona arsenical intercurrent. J'ai opéré cette femme trois jours après le concours, par l'amputation du sein et le curage de l'aisselle. Cette malade est revenue deux ans et demi après l'intervention, elle présentait : un noyau de récidive comme une mandarine dans la partie externe de sa cicatrice, une masse emplissant l'aisselle, d'une dureté ligneuse (la malade croyait que c'était un os), immobile, adhérente, formée de ganglions fusionnés, refoulant la base et la paroi antérieure jusque sous la clavicule, écartant le bras en dehors ; de plus, une série de ganglions néoplasiques de petit volume, disséminés dans le creux sus-claviculaire. Le membre supérieur droit dans toutes ses parties, main, avant-bras, bras, épaule, était gonflé, œdémateux, au point d'avoir trois ou quatre fois le volume du membre supérieur gauche. C'est la première malade à qui j'ai appliqué le traitement dont il est ici question ; elle avait eu huit jours avant les piqûres de chlorhydrate de quinine, une injection intra-fessière de 0,06 cent. de calomel dissous dans l'huile de vaseline, et concurremment pendant toute une semaine, des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine, à la dose de 0,15 cent. par jour.

La régression de la masse axillaire a commencé comme celle d'une grosse rate dès la fin de la première semaine où les injections de chlorhydrate ont été employées; l'œdème du membre supérieur a diminué depuis chaque jour, inscrivant à l'extérieur, étalant aux regards pour ainsi dire, les progrès de la rétrocession des amas cancéreux profonds qui enserraient les vaisseaux et gênaient la circulation en retour. Au bout de vingt jours de traitement, l'œdème est nul; le creux sus-claviculaire présente trois petits ganglions, mobiles; dans l'aisselle, à la place du bloc, on trouve trois foyers ganglionnaires, un sous la clavicule, un à la base vers les côtes, un autre en dehors, vers le bras, tous trois mobiles et déplaçables. La tumeur récidivée de la cicatrice a diminué du quart environ. Le membre a récupéré ses mouvements.

C'est un résultat que tous les procédés connus ou particuliers que j'ai employés dans ce but, depuis quatre ans, ne m'ont jamais donné. Il ne ressemble en rien aux rétrocessions ganglionnaires par les sérums ou les sérosités que j'ai maintes fois utilisées. Une vingtaine d'injections de chlorhydrate de quinine, soit environ 16 grammes de ce sel, ont donc transformé un cancer inopérable et pour lequel l'amputation inter-scapulo-thoracique eût été insuffisante, au point d'en faire une tumeur opérable.

Pour reposer les malades des injections sous-cutanées, j'ai administré le sulfate de quinine par la bouche; ce sel m'a paru moins actif; d'autre part, j'ai aussi employé les solutions quiniques en pansements pour les ulcérations néoplasiques.

Le fait thérapeutique qui vient d'être rapporté n'est pas aussi imprévu qu'on pourrait le croire tout d'abord. Dans des recherches faites depuis cette application, j'ai trouvé de bonnes raisons pour l'emploi de cette médication, regardée jusqu'ici comme fébrifuge, et spécifique du paludisme seul.

Les médecins compétents en géographie médicale ont remarqué que les pays à cancer offrent certaines particularités géologiques comme les pays à *malaria* (Havilany, d'Arcy Power). Les contrées spécialement marquées par le cancer sont traversées de cours d'eau qui débordent, entraînent et déposent des débris de toutes sortes. Ce sont des terrains d'alluvion. Les régions au contraire à peu près

vierges de cette maladie ont un sol très vieux, carbonifère.

Dans les petites localités où le cancer est endémique et les maisons à cancer, on trouve les caractères d'une maladie infectieuse avec les conditions de sa transmission. Là d'Arcy Powel pense que le contage cancéreux naît et se transmet de la même façon que le contage de la *malaria*, et avec des intermédiaires analogues à ceux que Manson et Ross ont décrits pour le paludisme. Des deux parasites, l'un aime le sang, l'autre ne fait que le traverser pour s'installer dans les tissus et les organes.

D'autre part, depuis plusieurs années déjà, Metchnikoff et Soudakewitsch déclarent (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1892) que les parasites des cancers sont des protozoaires, à l'encontre de Sanfelice et Roncali, pour qui ces parasites sont des végétaux, des schizomycètes. Je demande que l'on compare simplement certaines figures représentant le parasite du cancer, d'après Plimmer (*The Practitionner*, avril 1899) avec celles qui montrent certaines transformations de l'hématozoaire de Laveran, et l'on sera frappé de l'analogie morphologique qui existe entre elles. D'ailleurs Plimmer, qui ne songe ni à cette comparaison, ni à l'analogie des deux organismes, pense que celui qu'il a trouvé dans 1.130 cancers est un protozoaire ; il se rallie à l'opinion de Metchnikoff contre Sanfelice. Le fait thérapeutique nous fait ranger parmi les partisans du parasite animal ; la *quinine étant le poison des protozoaires* et agissant, à notre avis, sur la tumeur maligne à cause de cette action spéciale.

Le traitement et la prophylaxie du cancer peuvent être entrevus presque au même titre que le traitement et la prophylaxie de la *malaria*.

VARIÉTÉS

Recrutement du corps de santé de l'armée (élèves de l'École de santé militaire et médecins civils admis au Val-de-Grace). — Un récent décret, en date du 8 mai 1900, favorise le recrutement du corps de santé militaire en donnant la faculté aux médecins civils de se présenter directement au Val-de-Grâce jusqu'à l'âge de 28 ans. L'administration militaire fait bon marché des inconvénients reconnus jadis à la dualité du mode de recrutement. Ce qui était une exception, au cours ou

au lendemain d'une campagne, va devenir la règle. On va diminuer le chiffre des élèves à admettre à l'École du service de santé militaire de Lyon. Il résultera de ce chef une économie pour le budget de l'administration de la guerre et pour le trésor. Il y a une autre raison : le déficit considérable des aides-majors qui tient moins à la création de nouveaux emplois qu'aux retraites anticipées. Les médecins abandonnent la carrière de leur choix, parce qu'ils n'y trouvent plus, fait justement observer le rédacteur militaire du *Bulletin médical de Paris*, ni la justice ni les égards auxquels ils ont droit.

L'administration militaire, avant de provoquer la promulgation de ce décret, avait demandé à la ville de Lyon une forte subvention pour agrandir les bâtiments de l'Ecole de santé. Elle n'a pas attendu la décision du Conseil municipal, comptant peut-être sur un refus, et, pour le rendre inévitable, elle a fait signer au président de la République le décret du 8 mai 1900. Comment justifier aujourd'hui l'utilité de l'agrandissement de l'Ecole, alors que l'on a l'intention de faire entrer directement au Val-de-Grâce les médecins civils et de reculer de deux ans la limite d'âge pour leur en faciliter l'accès.

« Les médecins civils, poursuit le même journal, doivent savoir qu'ils sont reçus au Val-de-Grâce comme stagiaires, alors que leurs confrères, provenant de l'École de Lyon, y entrent depuis l'an dernier comme aides-majors de 2e classe.

« Nos malheureux confrères qui entreraient dans ces conditions dans le corps de santé seraient nommés aides-majors de 2e classe de 29 à 30 ans, aide-majors de 1re classe de 31 à 32 ans, majors de 2e classe à 42 ans au plus tôt. Quant au grade de major de 1re classe, beaucoup seraient appelés et peu seraient élus. C'est donc un piège qu'on leur tend et contre lequel nous devons les mettre en garde. »

Le décret du 8 mai 1900 est un coup droit porté à l'École de Lyon. Tel est le sentiment de hautes personnalités militaires du corps de santé. Le parlement qui a créé cette Ecole pour remplacer celle de Strasbourg aura à dire si notre ville doit devenir un pis-aller qu'on supporte, presque comme une dépense superflue.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association des Médecins du Rhône aura lieu le jeudi 7 juin, à cinq heures du soir, à la salle des réunions du Syndicat de l'Association, rue de l'Hôpital, 6.

Ordre du jour :

1° Allocution de M. Ed. Chappet, président.

2° Compte-rendu administratif du secrétaire, M. Birot.

3° Compte-rendu financier, par M. Odin, trésorier, et Rapport de la Commission des finances.

4° Nomination de nouveaux membres : MM. les docteurs Alba (de Cublize), Audemard (de Lyon), Chaix (de Bourgoin), Cros (de Pierre-Bénite), Fléchet (de Fontaine-sur-Saône), Lestra (de Lyon), Nové-Josserand (de Tarare), Vidal (de Saint-Vincent-de-Rheins).

5° Election du vice-président (hors Lyon), du secrétaire général et du secrétaire-adjoint.

6° Renouvellement des membres de la Commission administrative.

7° Revision des statuts.

— La troisième Assemblée générale annuelle de la *Caisse Indemnité-Maladie* de l'Association des médecins du Rhône aura lieu le jeudi 7 juin, à quatre heures et demie, à la salle des réunions du Syndicat, rue de l'Hôpital, 6.

Ordre du jour :

1° Allocution de M. Marduel, président.

2° Compte-rendu administratif du secrétaire, M. Leclerc.

3° Compte-rendu financier, par M. Odin, trésorier, et Rapport de la Commission des finances.

4° Nomination de nouveaux adhérents : MM. Lestra et Chaix.

5° Renouvellement de deux administrateurs.

6° Nomination de deux contrôleurs.

— Aussitôt après les deux séances, à 6 heures environ, un banquet aura lieu chez Maderni, au prix de 12 francs. Les confrères qui désireraient y prendre part sont priés d'en aviser l'un des secrétaires la veille au plus tard.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 30 mai 1900). — M. Horand, interne provisoire des hôpitaux, présente des pièces anatomiques relatives à un cas d'endocardite infectieuse avec végétations au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, d'ailleurs insuffisant, des infarctus dans les reins et la rate, de l'œdème pulmonaire et de l'infiltration sous-pleurale sans épanchement. M. Mouisset complète l'exposé anatomo-clinique fait par son interne et établit un parallèle entre les infarctus viscéraux que l'on rencontre dans l'endocardite infectieuse et dans certains cas d'artério-sclérose.

Appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale en 1900. — Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 23 mai 1900, que le nombre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale serait fixé aux chiffres ci-après :

Réserve : Majors de 2e classe, 5; aides-majors de 1re classe, 30; aides-majors de 2e classe, 400.

Armée territoriale : Majors de 2e classe, 40; aides-majors de 1re classe, 212; aides-majors de 2e classe, 268.

C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de la réserve et de l'armée territoriale doivent adresser leurs demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir, soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Création d'un sanatorium Saint-Martin pour les lépreux. — D'après des statistiques rigoureusement exactes, il existe plus d'un million de lépreux sur la surface du globe, et, en France, on en compte plus

de 400 disséminés en Bretagne, dans les Pyrénées, sur les côtes de la Méditerranée et à Paris où ils sont au nombre d'environ 150.

Il y a actuellement parmi les lépreux des missionnaires, des religieuses victimes de leur dévouement, des fonctionnaires, des soldats qui ont contracté la lèpre dans les colonies et qui attendent avec angoisse un secours de leurs compatriotes.

La lèpre, maladie bacillaire, offre beaucoup de points de contact et de ressemblance avec la tuberculose. Elle est moins contagieuse, mais ne pas la combattre s'est s'exposer à la voir se multiplier et former de nombreux foyers.

C'est donc pour soigner les lépreux de France et empêcher la propagation du mal que s'est formé un comité antilépreux sous la direction du docteur Dom Santon, des bénédictins de Ligugé.

Ce docteur, qui depuis de longues années s'est dévoué à l'étude de la lèpre, et a fait de nombreux voyages à travers le monde, a pris l'avis du Conseil d'hygiène, et fort de l'approbation du ministère, le docteur Dom Santon a fait dans les Vosges l'acquisition d'une propriété qui sera le sanatorium de Saint-Martin. Les plans ont été dressés et ont reçu l'approbation du gouvernement. L'œuvre des lépreux a pris la résolution d'affecter à la création du sanatorium toutes les ressources dont elle peut disposer et fait appel au concours de tous pour la vente de charité qui va avoir lieu à Paris dans les galeries de la Charité. Tous les dons sont centralisés chez la secrétaire-trésorière, Mlle Avril, 8, place Malesherbes, Paris. (*Le Temps.*)

INSTITUT PASTEUR D'ALGER. — Du 1er novembre 1894 au 31 décembre 1899, 1836 personnes ont été soumises aux inoculations antirabiques; il y a eu 9 morts, soit une mortalité de 0,49 °/₀.

HÔPITAL OPHTALMOLOGIQUE. — Feu le baron Adolphe de Rotschild a laissé un capital d'environ dix millions pour la fondation et l'entretien d'un grand hôpital ophtalmologique à Paris.

DOUCHE ÉCOSSAISE ET MASSAGE. — La douche écossaise — douche chaude assez longue suivie d'une froide très courte — n'est pas connue en Écosse. En ce pays, toutes les variétés de douches, qu'elles soient froides ou chaudes, sont désignées sous le nom générique de *schower-bath*. C'est D. Despine, élève de Cullen, qui apprit à l'Université d'Édimbourg l'emploi et l'application du *schower-bath* dans les affections hypocondriaques et l'importa en Savoie, en lui donnant le nom de bain anglais ou écossais, en raison du souvenir du pays où il avait étudié la médecine. C'est donc à Aix-les-Bains que la douche écossaise aurait reçu son baptême. Le massage fut également importé d'Égypte à Aix par des médecins revenant de l'expédition d'Égypte. Arguin, de Chambéry, substitua à la friction alors en usage le massage et donna naissance à la pratique spéciale à Aix : la douche massage dont le docteur Forestier a fait connaître, il y a quelques années, les heureux effets aux lecteurs du *Lyon Médical*.

LES ÉTUDIANTS EN ALLEMAGNE. — On comptait pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1899, dans les vingt Facultés de médecine,

7,578 étudiants en médecine, soit une diminution de 399 étudiants par rapport au semestre d'hiver de l'année précédente. Les Facultés les plus fréquentées sont celles de Berlin avec 1,346, de Munich avec 1,098 et de Leipzig avec 627 étudiants. Les Facultés les moins fréquentées sont celles de Rostock, 105; de Iéna, 162, et de Giessen, 164 étudiants. (*Münch. med. Woch.*, 9 janvier.)

LA LITTÉRATURE MÉDICALE. — Le flot de publications et des travaux de médecine et de chirurgie continue à monter. Le *Internat. centralblatt für Laryngologie* (janvier) a dressé la statistique des travaux relatifs aux maladies du nez, du pharynx, du larynx, du corps thyroïde et de l'œsophage. En 1898, le nombre de mémoires concernant ces spécialités était de 1,592, dont 362 pour l'Allemagne, 304 pour les États-Unis, 273 pour la Grande Bretagne, 270 pour la France, 118 pour la Belgique et la Hollande, 117 pour l'Autriche-Hongrie, 75 pour la Russie. Le plus grand nombre des travaux concerne le nez et le pharynx nasal (422), ensuite vient le larynx et la trachée (413), le pharynx (250), etc. Ces chiffres sont en réalité au-dessous de la vérité, car on a omis les publications italiennes, beaucoup de publications russes, etc. (*Vratch*, n° 3, 1900.)

UN BON EXEMPLE. — Le succès financier d'un des plus grands journaux de médecine de l'Allemagne a inspiré aux propriétaires de ce journal, la *Münchener medicinische Wochenschrift* une bonne action. Une partie des revenus de l'année dernière a été consacrée aux œuvres d'assistance pour médecins, à savoir : 2,000 marcs (2,500 fr.) à la caisse des veuves et orphelins des médecins bavarois, 1,000 marcs à la caisse d'assurances des médecins allemands à Berlin, 500 marcs à la Société de secours aux médecins bavarois incapables de travailler, 500 marcs à la Caisse d'obsèques de médecins bavarois et 220 marcs à deux veuves de médecins. *Münch. med. Woch.*, 13 mars 1900.)

LA PRODUCTION DES DENTS ARTIFICIELLES EN AMÉRIQUE. — D'après le journal *Odontologie*, les États-Unis ont exporté, du 30 juin 1897 au 30 juin 1898, pour 65,242 dollars de dents artificielles, dont pour 21,000 en France, pour 19,000 en Angleterre et pour 14,000 en Allemagne. Toutefois, l'exportation de cet article des États-Unis en Europe commence à baisser, ce qui indiquerait une augmentation de production en Europe même.

UN POINT D'HYGIÈNE AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Un conseiller municipal de Paris, ému des ravages de la tuberculose dans le milieu parisien, M. Fortin a proposé et fait décider que des affiches seraient apposées dans les rues invitant le public à ne pas cracher sur les trottoirs. Un de ses collègues de s'écrier : « Dès que vous aurez fait poser un poteau invitant à ne pas cracher, je suis convaincu qu'il y aura 50 personnes qui cracheront sur le poteau. » M. Fortin riposta avec esprit : « Ce serait 50 imbéciles ! »

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Mai	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
20	750	10	748	2	+19.7	15	+ 5.3	4	67	55	0.0	3.8	36
21	751	9	748	16	+23.8	15	+ 3.4	4	70	41	0.0	3.7	31
22	749	0	744	18	+27.4	14	+ 6.5	4	73	33	0.0	3.8	19
23	746	22	744	5	+25.5	10	+ 8.7	4	93	61	0.0	4.7	22
24	745	0	743	16	+21.6	16	+11.7	6	89	50	9.0	1.7	24
25	748	24	746	3	+19.8	14	+ 7.1	0	63	41	0.0	2.5	23
26	750	22	748	14	+17.3	16	+ 9.1	8	94	69	0.7	3.0	28

MALADIES RÉGNANTES. — Le chiffre des décès a augmenté de 22 pendant la 21e semaine de 1900 : 183 au lieu de 161 ; il était de 158 pour la période correspondante de 1899. Le taux remonte au-dessus de 20 par an et par 1000 habitants ; il est de 20,4, chiffre encore au-dessous de la moyenne annuelle.

Les maladies infectieuses et contagieuses, si elles ne sont pas les plus nombreuses des maladies régnantes, préoccupent toujours beaucoup le public.

La variole est en décroissance, 26 au lieu de 42 ; la scarlatine stationnaire, 16 au lieu de 21 ; la diphtérie en progrès, 7 au lieu de 4 ; la fièvre typhoïde, 4 cas au lieu de 6.

En dehors des maladies de ce groupe qui sont dénombrées, signalons la rougeole, des érysipèles et la coqueluche.

Les maladies broncho-pulmonaires aiguës sont peu nombreuses ; pleurésies assez fréquentes, ainsi que les méningites, la plupart tuberculeuses. Quelques apoplexies cérébrales.

Sur les 183 décès hebdomadaires, dont 81 dans les hôpitaux civils, 30 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 36 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 26 mai 1900 on a constaté 183 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	3	Affections du cœur.	7
Variole	3	Broncho-pneumonie	14	— des reins....	10
Rougeole	2	Pneumonie........	6	— cancéreuses..	13
Scarlatine.	1	Pleurésie..........	3	— chirurgicales.	9
Erysipèle..........	4	Phtisie pulmonaire.	24	Débilité congénitale	7
Diphtérie-croup ...	0	Autres tuberculoses	4	Causes accidentelles	6
Coqueluche........	1	Méningite aiguë...	9	Aut. causes de décès	19
Affect. puerpérales.	0	Mal.cérébro-spinale	19		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	7	Naissances	155
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	2	Mort-nés........	14
Bronchite aiguë....	5	Cirrhose du foie ...	3	Décès...........	183

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon. — Assoc. typog., F. PLAN, rue de la Barre, 12.

N° 23. — DIMANCHE 10 JUIN 1900.

LA TUBERCULOSE SUR LE PERSONNEL LYONNAIS DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES.

Communication faite à la Société nationale de médecine
(séance du 30 Avril 1900),

Par le docteur P.-Just NAVARRE.

Fin.— (Voir le n° 22.)

La tuberculose frappe sévèrement les facteurs des Postes. Vivant plus au grand air que les agents, ils devraient être frappés dans une proportion bien moindre.

Je vois à ce fait des raisons très sérieuses.

Tout d'abord, les mauvaises conditions où se fait le triage des lettres. Cinq fois par jour, de 89 à 314 facteurs sont réunis dans un local dont le cube d'air réel est à peine de 1.300 mètres cubes. Il y a parmi eux des tuberculeux qui crachent. Tous crachent par terre, ou ce qui est aussi dangereux, dans des crachoirs pleins de son de bois. Les poussières des correspondances volent avec les paquets jetés de ci, de là, à terre, sur les tables, dans les casiers. Ces poussières y sont d'une abondance extrême et les nombreux mouvements auxquels se livrent les facteurs pendant l'opération du tri les jettent dans l'air respiratoire. Le tri est donc une opération très dangereuse dans les conditions où elle se fait plusieurs fois par jour. A la séance de 4 heures du matin, beaucoup arrivent avec leur premier déjeuner et ils mangent et boivent en triant. Je n'ai pas besoin d'insister sur le grand danger de cette pratique.

La seconde raison, c'est que les facteurs des Postes sont presque tous alcooliques, et que rien ne prépare le terrain à l'ensemencement du bacille de la tuberculose comme l'alcoolisme. Les facteurs arrivent à l'alcoolisme d'une façon inconsciente le plus généralement. Peu boivent par passion. Ils boivent, parce qu'une foule de rez-de-chaussée où ils distribuent les correspondances leur sont des occasions de boire. L'épicier, le marchand d'herbages, le crémier, le mastroquet, le *pied humide*, le café, le restaurant, cela fait un débitant d'alcools divers sur trois maisons. Dans

certains quartiers même la proportion est plus considérable; elle atteint ou dépasse un débit pour deux rez-de-chaussée. Le facteur a-t-il un pli recommandé, un chargement à remettre, une facture à encaisser, un renseignement à demander? c'est l'occasion d'une étrenne, qui est *un verre*, ou d'une causerie, et qui a jamais vu deux hommes du peuple causer pendant deux minutes sans s'offrir *un verre?*

Des facteurs m'ont avoué boire quotidiennement entre dix et quinze petits ou grands verres. Tout leur est bon, vin, bière, *blanche*, absinthe, vermout, etc., et cette variété elle-même incite à l'absorption du poison-protée. Les facteurs de ville qui, après dix ans de service, n'ont pas quelques signes de saturation alcoolique sont rares.

Mais cette condition préparante étant reconnue et avouée, il faut dire nettement que tout dans les installations de la Recette principale des Postes à Bellecour est favorable à l'accumulation des germes morbides, à leur pullulation, à leur dissémination, donc à la contagion tuberculeuse, malgré les efforts du chef distingué de ce service qui ne peut rien contre des causes tenant à l'exiguïté et à la mauvaise disposition des locaux.

L'escalier qui conduit aux salles des facteurs est un des plus sales qu'il soit donné de voir à Lyon, où cependant ils sont nombreux dans les vieux quartiers. Dix fois par jour il est gravi ou descendu par 300 sous-agents qui y apportent la boue et la poussière des quatre coins de la ville. Crachats, détritus de toute sorte, débris de victuailles, ordures diverses, les marches et la muraille en sont également souillées.

Les deux salles où se font les tris des arrivages pour les cinq distributions de la journée, sont ce que j'ai dit plus haut, mais en outre tout y semble combiné pour retenir les poussières : angles à arêtes vives, armatures de fer à T ou à double T non revêtues, moulures, cymaises, plinthes, meubles et casiers nombreux, impossibles à tenir propres, colonnes de support de la voûte très rapprochées, volumineuses, mangeuses d'air et de lumière, aération insuffisante, parquets souillés et inaseptisables, crachoirs à jour remplis de son de bois, bouches de calorifère jetant de la poussière en même temps que de l'air chaud. Enfin le ba-

layage et l'époussetage s'y font à sec et souvent en présence des brigades de service.

Ces salles des facteurs sont meurtrières au point de vue où nous les envisageons et je leur attribue nettement le chiffre élevé des maladies tuberculeuses constatées chez les sous-agents facteurs des Postes.

Le reste des locaux ne vaut guère mieux. Quiconque a pénétré pendant la période du 20 décembre au 15 janvier, dans la salle des guichets ouverte au public, n'a pas manqué d'en apprécier l'étroitesse, l'incommodité, l'air confiné et empuanti, ruminé, qu'on y subit à cette époque de l'année.

La salle, dite des départs, où se fait le tri des correspondances à expédier de Lyon, serait suffisamment vaste et aérée, mais elle n'est pas construite pour se défendre des poussières nombreuses qui s'y font dans l'opération du classement; les parquets, les parois y sont défectueux et les crachoirs, comme partout, rares et mal compris.

Bien qu'installés pour le tout à l'égout, les cabinets sont insalubres. Une odeur urineuse prend à la gorge dès l'entrée du hall vitré qui est venu fermer la cour intérieure. C'est en effet que les odeurs n'ont guère d'autre issue que le porche même de la place Bellecour; elles se répandent par conséquent par les escaliers, dans tout l'immeuble. Les cuvettes, pour la défécation accroupie, sont au niveau du sol et les bords en sont souvent souillés sans être lavés par la chasse qui n'y atteint pas; de plus, l'urine est habituellement projetée en avant de la cuvette.

Comme les réduits, les urinoirs sont au nombre de cinq. Ils sont insuffisamment lavés par une chasse intermittente et le goudron dont on les enduit ne suffit pas à masquer l'odeur ammoniacale.

Ces cabinets n'ont pas de jour et sont éclairés par le gaz. Ils ne sont aérés que par l'intermédiaire d'une courette étroite. Leurs parois sont, il est vrai, cimentées à hauteur d'homme; mais le reste, jusqu'au plafond, est recouvert d'un enduit noirci, effrité par les émanations et qui n'est pas fréquemment renouvelé, comme il devait l'être.

Dans la courette se trouve une pompe ancienne, monumentale, qui puise son eau dans la nappe du Rhône, car son niveau en suit les fluctuations, claire et trouble avec lui.

Malgré les recommandations, les sous-agents vont fréquemment puiser à cette pompe une eau impure et souillée d'infiltrations. En été surtout, sa fraîcheur les attire et ils y vont emplir les bouteilles qu'ils vident en triant, altérés qu'ils sont par la chaleur de la salle et les poussières des correspondances.

Le vestiaire enfin est humide, sans air et sans lumière. Il occupe l'emplacement d'une ancienne remise dans le fond de la cour.

L'ensemble des locaux de la Recette principale, pompeusement décoré du nom d'Hôtel des Postes, m'est apparu comme une leçon de choses antihygiéniques, analogue à celle de la maison insalubre de l'Exposition de 1889.

E) La *Caisse d'épargne*. Enfin l'exiguïté des locaux a fait reléguer la Caisse de l'épargne postale (dont les bureaux, dits le *Double*, se trouvent rue Vaubecour), dans un appartement de la rue Pomme-de-Pin. La rue est vieille, la maison est vieille, les parquets, les boiseries et les peintures de cet appartement sont vieux. Deux commis et sept dames-employées séjournent dans une pièce encombrée de registres, de casiers et de meubles. Les poussières y sont en couche épaisse sur les paperasses, et, en hiver, le mode de chauffage par un poêle en fonte à l'anthracite, n'est pas pour les diminuer.

Je ne puis m'empêcher de remarquer en passant ce qu'a de choquant cet éparpillement des services centraux, contraire à la surveillance hygiénique des locaux.

III. — Les remèdes.

Il en est de deux sortes : les uns simplement palliatifs, l'autre radical.

J'ai signalé à l'Administration les défectuosités et les vices et les améliorations qui pourraient en atténuer les conséquences.

La Direction est trop petitement logée. Le cube d'air des salles des agents et des sous-agents est insuffisant. Les parquets ne sont pas lavables et le linoléum qui en recouvre une petite part devrait être étendu à tout l'appartement. Les cabinets devraient être à chasse et les crachoirs hygiéniques en nombre suffisant.

Les locaux de la rue de la Barre sont moins critiquables dans leur ensemble, mais sérieusement encore dans le détail : mauvais système d'aération ; mauvais système de propreté, qui ne peut être hygiéniquement obtenue que par le linge humide promené sur des surfaces qui s'y prêtent; *le balai et le plumeau manœuvrés à sec sont des instruments de mort ;* mauvais système et nombre insuffisant des crachoirs ; ceux-ci doivent être émaillés, munis d'un couvercle en entonnoir percé à son centre, larges, à moitié remplis d'eau antiseptique (phénol ou sublimé), vidés et ébouillantés tous les jours ; il devrait y avoir un crachoir pour deux appareils, l'employé ne pouvant se déplacer pour aller au crachoir quand il transmet ou reçoit.

La salle des dames-télégraphistes est, en été, d'une chaleur insupportable, placée qu'elle est au-dessus des machines. Il devrait être interdit d'une façon absolue aux dames-employées de manger quoi que ce soit pendant les heures de service.

Quant à la Recette principale, les défectuosités peuvent à peine être palliées, tant elles tiennent à l'immeuble lui-même.

On pourrait cependant exiger une meilleure tenue des cabinets, et le blanchissage des parois non cimentées au lait de chaux deux fois par an ;

Le lavage à grande eau quotidien de la cour, du hall et des cabinets ;

Des urinoirs à huile ;

La condamnation de la pompe de la courette ;

Le lavage quotidien du parquet de verre de la salle vitrée des facteurs ;

La proscription du balayage à sec ;

La défense formelle aux facteurs de manger et de boire pendant les séances du tri ;

La mise en disponibilité de tout tuberculeux qui crache.

Un système de crachoirs hygiéniques et nombreux ;

Tout cela atténuerait à peine le mal.

Quant au remède radical, c'est pour l'obtenir que j'ai porté la question devant la Société nationale de Médecine. De tout temps elle s'est intéressée aux questions d'hygiène urbaine ; ses vœux ont souvent été écoutés, et c'est à la

Municipalité qu'il faudrait adresser celui-ci, l'Administration des postes et télégraphes n'étant que locataire. Ce remède paraît s'imposer : c'est la construction à bref délai d'un Hôtel central des Postes et Télégraphes, dont les plans dressés par l'ingénieur technique et l'architecte seraient soumis aux médecins de l'Administration pour la partie hygiénique.

Les locaux destinés à un nombreux personnel, vivant de longues heures en promiscuité, devraient réunir des conditions analogues à celle des hôpitaux modernes, tout en restant commodes et adaptés à leur but.

Cube d'air calculé sur un minimum de 40 mètres cubes par personne; air indéfiniment renouvelable par des gaines d'aération pratiquées dans l'épaisseur des murailles, par des fenêtres à triple châssis, par des impostes mobiles s'ouvrant sur des charnières placées horizontalement, de façon à diriger l'air extérieur vers le plafond, et non verticalement comme d'ordinaire.

Suppression des angles partout et leur remplacement, soit au plafond, soit au voisinage du parquet par des surfaces arrondies ; suppression aussi des cymaises, des plinthes et généralement de toutes les boiseries moulurées qui ne sont pas indispensables.

Parquets en grès-cérame, murailles peintes à la peinture hydrofuge sur ciment ou stuquées, afin que la propreté s'y puisse faire partout au linge ou à la serpillière humides.

Chauffage à la vapeur à basse pression.

Waters-closets hygiéniques bien ajourés, bien aérés ; lavabos attenant à chaque service, en fonte émaillée ; urinoirs à hauteur en porcelaine ou en fonte émaillée.

Crachoirs nombreux aseptisables, à couvercles mobiles en forme d'entonnoir, dont l'eau antiseptique est changée chaque jour et qui soient aussi chaque jour ébouillantés dans l'eau de cristaux de soude.

Tout en un mot doit y concourir à ce qu'on appelle l'asepsie médicale. Jamais, en effet, un bureau ne doit être balayé à sec, jamais il ne doit être épousseté au plumeau. Toute la propreté doit pouvoir être faite au linge humide.

Tous les meubles, tous les appareils devraient être assez élevés sur leurs pieds pour permettre le passage du linge

humide au-dessous d'eux. Ils devraient eux-mêmes être construits en matériaux aseptisables. Cette propreté minutieuse des parquets doit être faite tous les jours, et celles des murailles plusieurs fois par an, selon les poussières qui s'y attachent.

Les agents de tous grades et les dames-employées devraient avoir de longues blouses, lessivées ou mieux étuvées deux fois par semaine, qui les envelopperaient du cou aux pieds pendant leurs heures de service.

Tels sont les principaux desiderata. Mais il en est une foule d'autres où devraient convenir l'architecte et l'hygiéniste au moment de l'établissement du plan d'un Hôtel central des Postes et Télégraphes.

Il y a lieu de s'étonner que Lyon ne soit pas doté d'un Hôtel des postes convenable, alors que la moindre ville de Suisse et d'Allemagne peut en montrer un avec orgueil à l'étranger visiteur.

Il est vraiment honteux pour la seconde ville de France qu'elle n'ait pas un Hôtel des Postes digne de sa situation commerciale dans le monde. Dans un voyage que je faisais l'an dernier en Suisse et dans les belles provinces voisines que nous avons perdues, j'ai été frappé chaque fois, en arrivant à la poste centrale des villes que je visitais, d'abord du bel aspect du monument, et c'est peut-être secondaire, puis de ses commodités pour le public, enfin et surtout de la bonne tenue des locaux, de leur propreté et de leur hygiénique entente. Je ne pouvais m'empêcher de croire, à voir ces vastes halles, ces céramiques, ces peintures hydrofuges, ces crachoirs aseptisables, la sobriété des lignes intérieures, que les hygiénistes avaient dû être consultés et écoutés pour ces agencements et qu'ils avaient convenu avec l'architecte pour l'édification de cet organisme primordial de la cité moderne.

Assez d'autres bonnes raisons commerciales, financières, politiques, sociales même, militent en faveur d'une prompte solution. A d'autres plus compétents de les faire valoir ; mais la Société nationale de médecine a le droit de dire aux hésitants, édiles ou gouvernants, que chaque jour de retard apporté à l'aboutissement de cette question se traduit par un gain redoutable du fléau tuberculeux sur le personnel.

En conséquence j'ai l'honneur de soumettre à votre vote les propositions suivantes :

Vu le nombre croissant des cas de tuberculose constatés sur les divers agents des Postes et Télégraphes ;

Étant donnée la sélection première dont ce personnel est l'objet ;

Considérant que ces cas de tuberculose sont à peu près tous attribuables à la contagion ;

Que toute agglomération d'employés dans un même local exige une entente hygiénique de ce local ;

La Société nationale de médecine de Lyon émet le vœu qu'il soit édifié, sans retard, un Hôtel central des Postes et Télégraphes, construit selon les lois de l'hygiène moderne.

CRISES ÉPILEPTIFORMES PROVOQUÉES PAR UN BOUCHON DE CÉRUMEN.

Par le docteur Joseph Dreyfus,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon, Moniteur de clinique médicale.

Nombreux et fréquents sont les troubles déterminés par la présence dans le conduit auditif externe d'un bouchon de cérumen ; mais on n'a que rarement signalé des crises épileptiformes assez marquées pour simuler une épilepsie essentielle, et c'est pourquoi il m'a paru opportun de publier l'observation suivante :

Il y a six mois, je fus consulté par un jeune homme d'une vingtaine d'années qui s'était toujours bien porté. D'une intelligence au-dessus de la moyenne, il se destinait à une des écoles du gouvernement, lorsqu'à dix-huit ans, brusquement, en entrant dans un tramway il perdit connaissance et tomba. Au bout de quelques secondes il put s'asseoir et continuer sa route, ne conservant de son accident que quelques vagues douleurs dans la tête.

Rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires ne pouvait expliquer une tare nerveuse quelconque : son père et sa mère étaient bien portants, ses sœurs de même, et en remontant plus haut, du côté de ses grands parents, aucune

affection nerveuse n'avait été signalée. Le malade lui-même était robuste, plein de santé, n'avait jamais fait aucun excès de quelque nature que ce soit, n'avait jamais contracté aucune affection vénérienne.

Quelques mois avant cette première attaque les parents et les maîtres de mon malade avaient constaté chez lui un peu de dégoût pour l'étude, un peu de fatigue intellectuelle après un travail un peu sérieux; mais il leur était difficile de fixer une date marquant le début de ces phénomènes lorsque survint l'attaque dont j'ai parlé plus haut.

Les renseignements fournis par le malade sont assez vagues : il n'avait conservé le souvenir de rien, il n'avait perdu ni ses urines ni ses fèces.

Une année se passe sans présenter d'autres phénomènes que de la lenteur plus marquée de la compréhension, une intelligence moins vive, un dégoût plus prononcé pour l'étude.

Puis, presque jour pour jour, un an après la première attaque, en survient une seconde. Le malade, dans la rue, perd connaissance brusquement et tombe. Ici encore nous n'avons pu obtenir de détails précis. On ne sait pas s'il a poussé un cri ; ce que l'on sait seulement, c'est qu'il ne s'est pas mordu la langue, qu'il n'a pas eu de relâchement de ses sphincters, s'il a eu des mouvements cloniques et toniques.

Deux médecins consultés à cette époque firent le diagnostic d'épilepsie essentielle et soumirent le sujet à une médication bromurée. Celle-ci ne donna pas de résultats appréciables et quinze jours après le malade, chez lui, eut une nouvelle crise, celle-ci devant témoins. Il avait eu d'abord un éblouissement, puis presque en même temps de la perte de connaissance avec chute et des mouvements convulsifs des bras. Pas de morsure de la langue, pas de relâchement des sphincters, pas de cri initial.

C'est alors que le malade vint me consulter. Ce qui me frappa surtout, ce fut sa paresse intellectuelle. Il répondait fort mal à mes questions, et s'il n'avait été accompagné de sa mère, je n'aurais pu obtenir que de très vagues renseignements. Il se plaignait de troubles de la vue ; mais ses yeux, que j'avais prié mon collègue et ami le docteur Jac-

queau d'examiner, ne présentaient pas de troubles du fond de l'œil. Il se plaignait aussi d'une congestion facile de la tête sous la moindre influence.

Je priais le sujet de s'observer avec plus d'attention qu'il ne l'avait fait jusqu'alors, de noter exactement chaque jour les phénomènes qu'il pourrait présenter. Se méfiant de sa mémoire affaiblie, il rédigea une sorte de journal, et huit jours après je fus appelé chez lui à l'occasion d'une nouvelle crise.

Depuis que je ne l'avais vu, s'étant mieux observé, le malade avait noté fréquemment des vertiges passagers survenant à n'importe quelle heure de la journée.

Ses parents avaient assisté à cette dernière crise et je pus apprendre que le sujet, après avoir perdu connaissance, était tombé du côté droit en présentant des mouvements convulsifs plus marqués du côté des bras.

Cette chute du côté droit appela mon attention et je cherchais si le malade ne présentait pas des troubles auditifs du même côté. J'y constatais une diminution de l'ouïe. Je l'examinais alors au spéculum auri ; je vis le conduit auditif externe obstrué par un bouchon de cérumen. Celui-ci fut enlevé le lendemain après une application de glycérine et une injection d'eau tiède avec la seringue à hydrocèle. Ce bouchon présentait une longueur d'un centimètre et demi environ.

Depuis six mois que ces faits se sont passés, le malade a repris goût aux études, sa paresse intellectuelle a disparu, de même que les phénomènes congestifs ; enfin et surtout les vertiges ont complètement cessé.

Cette observation m'a paru intéressante parce que les exemples de ce genre ne sont pas très nombreux. Dans une thèse inspirée par M. le Prof. agrégé Lannois (1), celle de M. le docteur Taillade ; quelques exemples en sont rapportés (*Oreille et épilepsie,* thèse de Lyon, 1899). Ces exemples étaient déjà cités dans le *Handbuch der Ohrenheilkund*, de Schwartz, que j'ai pu consulter, grâce à l'obligeance de M. Lannois.

(1) M. Lannois. Épilepsie ab aure lœsâ. (*Annales des Maladies de l'oreille*, sept. 1899.)

La première observation remonte à *Fabrice de Hilden :* une malade avait dans l'oreille, depuis 8 ans, un corps étranger de la grosseur d'un petit pois. Elle souffrait de céphalalgie du côté gauche qui augmentait par les temps humides. La partie gauche du corps était atteinte d'anesthésie alternant avec de violentes douleurs. Parfois la malade avait une toux sèche et persistante ; ses règles étaient irrégulières. Au bout de quatre ou cinq ans, des crises épileptiformes se produisirent en même temps que des troubles trophiques du bras gauche. Tous ces phénomènes disparurent après l'extraction du corps étranger. Il faut avouer cependant que ces faits anciens sont peu précis et M. Lannois considère plus volontiers la malade de Fabrice de Hilden comme une hystérique que comme une épileptique.

Macaglan rapporte un cas d'épilepsie et de surdité guéri par l'ablation de corps étrangers de l'oreille.

Schurig cite celui d'un malade atteint de crises épileptiformes qui fut guéri par l'ablation d'une petite pierre anguleuse entourée de cérumen qui obturait le conduit.

Kupper rapporte un cas d'épilepsie causé par la présence dans l'oreille d'un morceau de bois d'un centimètre de long sur un demi-centimètre d'épaisseur et guéri par l'extraction de ce corps étranger.

Dans sa thèse, M. le docteur Taillade cite, pour mémoire, des attaques convulsives qualifiées d'épileptiformes, constatées par *Raillet*, *Magnin* et *Nocard* dues à la présence d'acariens dans le conduit auditif du chien. (Société de biologie, 1892.)

Ces diverses observations montrent, par leur petit nombre, combien sont rares les crises épileptiformes dues à la présence de corps étrangers dans le conduit auditif externe. Mais ils sont suffisants pour mettre en garde les médecins contre un diagnostic trop rapide d'épilepsie dont le nom jette toujours la consternation dans les familles et peut quelquefois compromettre l'avenir matériel et moral des sujets.

ACTION DES BASSES TEMPÉRATURES SUR LA COAGULABILITÉ DU SANG ET DU LAIT ET LE POUVOIR COAGULANT DE LA PRÉSURE.

Par MM. M. Chanoz et M. Doyon.

(*Travail du Laboratoire du professeur Morat.*)

I. But du travail. — Une température de — 180° environ modifie-t-elle la coagulabilité du sang et du lait et le pouvoir coagulant de la présure? Tel est le problème que nous avons étudié. Nous en donnons les conclusions.

II. *Mode opératoire.* — Pour avoir ces basses températures nous avons employé l'*air liquide.* Un tube à essai étroit, en verre mince, contenant les liquides étudiés, était introduit dans l'air liquide placé dans une éprouvette spéciale. On comptait le temps d'exposition à partir de la cessation de l'ébullition tumultueuse. Ce temps variait dans les diverses expériences. Le tube était retiré du liquide, puis laissé quelques heures dans le laboratoire pour l'équilibre des températures. La substance était alors soumise aux influences coagulantes, en même temps qu'un échantillon témoin non refroidi. On comparait les durées de coagulation et les caillots obtenus.

III. Résultats. A) *Sang :* Du sang frais oxalaté à 1,5 °/₀₀ a présenté les particularités suivantes :

1. A — 180° le sang constitue une masse opaque paraissant non homogène, d'aspect granité (grains blancs et rouges).

2. Quand le tube est sorti de l'enceinte, après 13 minutes d'exposition, la couleur de la masse s'avive, puis après quelques instants on voit sourdre un liquide d'un beau rouge rubis.

3. Le sang, revenu à la température ordinaire est parfaitement fluide ; à l'examen microscopique les globules rouges sont déchiquetés, comme « *explosés* ». Il y a eu laquage.

4. Additionné de chlorure de calcium, le sang se coagule dans les mêmes conditions qu'un échantillon témoin non refroidi.

B) *Lait :* Du lait frais bien homogène est maintenu pendant 15 minutes à — 180°. Après réchauffement il se forme

une couche épaisse de crême à la surface ; ce lait chauffé à l'étuve à 35° caille sous l'influence de la présure avec la même vitesse que du lait non refroidi. Les caillots paraissent identiques.

C) *Présure :* Des échantillons de présure commerciale liquide ont été maintenus à — 180° pendant 1, 5, 10, 30 minutes. Des prises d'essai de ces liquides portées dans du lait chauffé à 35° produisent la coagulation avec la même vitesse que la présure non refroidie. Les caillots sont identiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 21 mai 1900. — Présidence de M. Horand.

M. Destot présente des épreuves radiographiques relatives à un cas de fracture de l'astragale.

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE.

M. Lortet constate avec regret que l'épidémie de variole, loin de décroître, a, au contraire, redoublé d'intensité. Il y a eu récemment, à l'hôpital de la Croix-Rousse, jusqu'à 70 entrées dans un jour. Les foyers principaux paraissent exister aujourd'hui dans les quartiers des Brotteaux, de Vaise et de l'Industrie.

La plupart des personnes atteintes n'avaient pas été revaccinées et beaucoup même n'avaient jamais été vaccinées de leur vie. Actuellement la préoccupation dominante des pouvoirs publics semble être de rassurer la population; ne vaudrait-il pas mieux lui montrer la situation telle qu'elle est et l'engager ainsi à se prémunir contre le danger par la vaccination et par des mesures prophylactiques rigoureuses. A l'une des dernières séances du Conseil d'hygiène, on a relaté des faits vraiment révoltants; par exemple : Un varioleux décédé n'a été inhumé qu'au bout de *quatre* jours. — Dans une maison, il s'est produit successivement 27 cas de variole; le premier avait été suivi de mort; or, les vêtements du défunt non seulement n'avaient subi aucune désinfection, mais avaient été jetés tout simplement et abandonnés au milieu de la cour. — Treize cas de variole ont pris naissance chez un petit restaurateur : celui-ci atteint de la maladie était couché dans la pièce même où une vingtaine d'ouvriers continuaient de venir deux fois par jour prendre leur repas.

M. Lortet craint que cette épidémie de variole, qui nous vient du Midi, ne fasse encore de nombreuses victimes chez nous et ne s'étende au loin. Il rappelle qu'en 1870-71 la variole a coûté 33.000 hommes à l'armée française, et il se demande si demain nous avions la guerre pareille hécatombe ne serait pas à redouter.

Une loi destinée à rendre la vaccination obligatoire a été déposée au Parlement il y a déjà fort longtemps. M. Lortet ose espérer que, par l'intermédiaire du Comité consultatif d'hygiène de France, la Société de médecine de Lyon pourrait stimuler le zèle de nos législateurs et hâter ainsi la discussion et le vote de cette loi.

Celle-ci est nécessaire, car d'après les rapports de MM. les médecins des épidémies et de M. le Directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Lyon, la population se montre encore très réfractaire à la vaccination.

Les bienfaits d'une telle loi sont hors de tout conteste ; il suffit pour s'en convaincre de se reporter au tableau comparatif dressé par M. le Prof. Brouardel.

En Allemagne, pays où la vaccination est obligatoire, la mortalité par variole est, bon an mal an, de 0,4 pour 100.000 habitants.

En Suisse, où la vaccination est partiellement obligatoire, on a la proportion suivante : 0,8 pour 100.000 habitants.

En Autriche, où la vaccination n'est pas obligatoire, il meurt 54 personnes de la variole par an et par 100.000 habitants.

En France, où nous vivons sous le régime de la non-obligation, nous atteignons le chiffre de 35 décès par variole par an et pour 100.000 habitants.

L'exemple de ce qui s'est passé dans ces derniers temps à Porto-Rico mérite également d'être ralaté : cette île était depuis longtemps dévastée par la variole ; survint la conquête par les Américains. Ceux-ci décrétèrent la vaccination d'urgence pour toute la population : l'épidémie a cessé complètement.

M. Lortet donne ensuite lecture de la propostion qu'il soumet à l'approbation de la Société de médecine.

M. Lépine fait remarquer que la population est réfractaire à la vaccination animale parce qu'elle croit, bien à tort, que celle-ci n'est pas sans danger. Si une certaine publicité doit être donnée au vœu que la Société va émettre, il serait bon d'introduire dans les considérants celui-ci, à savoir : que *la vaccine animale est tout à fait inoffensive.*

M. Lépine fait appel à la grande autorité de M. Arloing, et le prie de vouloir bien formuler son opinion sur cet important sujet.

M. Arloing est d'avis que, mis à part les petits accidents inflammatoires qui peuvent résulter de la malpropreté de la peau du sujet ou des instruments de l'opérateur, la vaccine animale ne présente aucun danger.

Il y a une quinzaine d'années, M. Chauveau s'était préoccupé de la possibilité de la transmission de la tuberculose par la vaccine animale. Il entreprit alors une série d'expériences qui ont été consignées dans la thèse de M. Josserand et qui sont tout à fait concluantes ; il a été établi ainsi que la tuberculose ne peut absolument pas être inoculée par la vaccination épidermique, et, en second lieu, que les bacilles tuberculeux ne se trouvent jamais dans les pustules vaccinales.

M. Arloing appuie la motion de M. Lortet, mais voudrait en outre, avec M. Lépine, que le vœu formulé par la Société de médecine, précédé

de ses considérants, fût reproduit par les principaux journaux de la ville. La population a besoin, en effet, d'être rassurée; il faut lui persuader que la vaccination animale est inoffensive et qu'elle n'attire pas la variole, ainsi qu'on le répète souvent.

M. Arloing saisit l'occasion qui lui est offerte aujourd'hui pour affirmer que la Commission de vaccine remplit ses obligations autant qu'il est en son pouvoir; mais il est certain qu'elle ne dispose pas de fonds suffisants.

Le Conseil général a voté une petite somme pour augmenter les honoraires des médecins vaccinateurs. La Commission de vaccine l'a employée à la création d'une indemnité dite de vacation pour les médecins obligés d'aller pratiquer des vaccinations à de grandes distances de leur résidence. C'est là une amélioration, mais il en est beaucoup d'autres à réaliser encore et qui ne pourront l'être que si les crédits sont augmentés.

M. Monoyer pense que beaucoup de gens du peuple ne se font pas revacciner parce qu'il faut, pour cela, aller au Bureau d'hygiène et perdre de cette façon une demi-journée.

Des médecins vaccinateurs ne pourraient-ils pas se transporter au domicile des ouvriers, et aller, en quelque sorte, de porte en porte proposer la vaccination?

M. Lépine répond que l'expérience a été tentée par MM. Roux et Pic dans le quartier de l'Industrie, et que ces messieurs ont essuyé partout des refus formels de la part des habitants.

M. Chatin rapporte que dans une usine de 700 ouvriers, 10 seulement ont consenti à se laisser revacciner par un médecin convié à cet effet par le chef de l'usine.

M. Rafin, appelé dans des circonstances analogues, n'a pu revacciner que 20 personnes sur 300.

M. Rafin estime que le balayage à sec des escaliers, tel qu'il se pratique couramment dans les maisons de Lyon, doit être éminemment favorable à la dissémination des maladies contagieuses.

M. Delore fait la même remarque à propos du baguettage des tapis dans les cours.

M. Lépine. M. Lortet a rappelé l'épidémie de variole de 1870-71 qui a coûté 33.000 hommes à l'armée française, et s'est demandé si lors d'une prochaine campagne nous ne risquerions pas d'assister à une éclosion aussi effrayante de la variole. M. Lépine veut croire que les craintes de M. Lortet sont exagérées, mais serait heureux d'avoir sur ce point l'avis de M. Rigal, médecin-chef de l'hôpital Villemanzy qui assiste à la séance.

M. Rigal répond que les craintes de M. Lortet ne sont pas fondées. La variole n'existe plus dans l'armée depuis qu'on y pratique régulièrement la revaccination et que des centres vaccinogènes ont été établis à cet effet sur plusieurs points du territoire. Les revaccinations s'opèrent non seulement sur les hommes de l'armée active, mais aussi sur les réser-



vistes et les territoriaux, et comme cette coutume est en vigueur depuis une vingtaine d'années, on est certain qu'en cas de guerre toutes les classes qui prendraient part à la mobilisation seraient prémunies contre le péril variolique.

Le vœu formulé par M. Lortet, avec l'addition proposée par M. Lépine, est adopté à l'unanimité des membres présents.

En voici le texte :

La Société nationale de médecine de Lyon :

Considérant le développement redoutable que la variole prend depuis un an dans l'agglomération lyonnaise ;

Considérant que les mesures d'isolement et de désinfection prises par l'autorité municipale ou préfectorale se sont montrées insuffisantes pour arrêter les progrès de l'épidémie ;

Considérant que les vaccinations et les revaccinations obligatoires, telles qu'elles se pratiquent dans certains pays d'Europe et d'Amérique, constituent le seul procédé vraiment efficace pour mettre un terme aux envahissements de cette maladie qui peut, comme en 1870-71, s'étendre sur une grande partie de notre territoire ;

Considérant d'autre part que dans les écoles municipales ou libres de la ville de Lyon, un grand nombre de parents refusent actuellement de laisser revacciner leurs enfants ou de se faire eux-mêmes revacciner ;

Considérant enfin que les revaccinations faites avec le vaccin animal sont sans danger ;

Émet le vœu

Que le Comité consultatif d'hygiène de France veuille bien presser sur les pouvoirs publics afin de hâter la promulgation de la loi sur les vaccinations et revaccinations obligatoires que la France attend en vain depuis plus de 25 ans.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre LACOUR.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 2 mai 1900. — Présidence de M. VALLAS.

APPAREIL POUR INJECTION DE SÉRUM ARTIFICIEL.

M. BÉRARD présente, au nom de M. LUMIÈRE, un appareil nouvellement construit, et destiné aux injections de sérum artificiel. Cet appareil est plus pratique que les autres et d'un prix de revient tout à fait minime.

C'est un ballon à deux tubulures que l'on remplit de sérum avant de le placer dans l'autoclave pour en stériliser le contenu. Les tubulures sont bouchées avec du coton, maintenu en place par un procédé très simple. Une fois le ballon stérilisé, il peut être conservé un temps indéterminé. Pour s'en servir, il suffit d'adapter à l'une des tubulures un tube en

caoutchouc muni de l'aiguille à injection, de le renverser et de le maintenir à une certaine hauteur pour pratiquer l'injection.

M. Vallas. L'appareil à injection de sérum artificiel de MM. A. Lumière et Bérard me paraît offrir des avantages de bon marché qu'il ne faut pas dédaigner. La construction est fort ingénieuse. Il semble qu'il rendra de grands services, puisque les injections de sérum artificiel constituent actuellement une précieuse ressource, dans certaines conditions, notamment dans les diverses variétés de septicémie. Le prix était encore élevé. Avec l'appareil présenté, les difficultés pratiques sont atténuées, et l'on ne peut qu'en féliciter M. Lumière.

PARALYSIE DU MUSCLE GRAND DENTELÉ.

M. de Teyssier, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Pic et communique la note suivante :

Le malade, âgé de 66 ans, entra au Perron en 1897, avec une induration du sommet droit, une dextrocardie, et se plaignant de ses articulations scapulo-humérales surtout. A ce niveau il y avait de la raideur articulaire, des douleurs dans l'article, des craquements persistant encore actuellement.

Entre temps, s'établissait l'affection pour laquelle il le présente.

A l'examen du bras, au repos, on constate que l'angle inférieur de l'omoplate droit fait une saillie plus prononcée qu'à gauche, que, de plus, il se trouve abaissé et rapproché de la colonne. Le bord spinal de l'omoplate dévié est nettement dirigé en haut et en dehors.

Cet aspect du spéculum alatum s'accuse davantage dans les mouvements d'élévation du bras, soit latéralement, soit surtout en avant.

On constate, d'autre part, l'impossibilité absolue où se trouve le malade d'élever le bras au-dessus de l'horizontale, alors qu'à gauche il dépasse aisément ce niveau. Le creux de l'aisselle et le thorax ne semblent pas présenter de déformation appréciable.

En présence de ces symptômes, on songe à un de ces rares cas de paralysie du grand dentelé.

M. Vallas croit qu'il s'agit d'une paralysie de la branche externe du spinal ; le trapèze paraît également paralysé. Il s'agit d'une paralysie associée du grand dentelé et du trapèze, croit-il.

M. Pic déclare qu'il s'agit dans ce cas d'une paralysie du grand dentelé associée à une paralysie du trapèze (portion scapulaire). Fréquemment les deux paralysies coexistent par suite du tiraillement simultané probable des filets nerveux moteurs de ces muscles synergiques.

GASTROSTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE FONTAN.

M. Bayle, interne des hôpitaux, présente une malade du service de M. Pollosson, à qui M. Tixier a pratiqué, il y a un mois et demi, une gastrostomie par la méthode de Fontan pour un néoplasme du cardia, ayant envahi la petite courbure de l'estomac. L'état général de la malade s'est beaucoup amélioré et elle a augmenté de quatre kilos en un mois; le reflux de liquides injectés dans l'estomac par une sonde de Nélaton ne se produit absolument pas, et la bouche stomacale, la sonde enlevée, est absolument continente.

NÉOPLASME DE LA RÉGION PYLORIQUE; GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LA VOIE TRANSMÉSOCOLIQUE.

M. Laroyenne, interne des hôpitaux, montre un malade atteint d'un néoplasme du pylore à qui M. Vallas a pratiqué, il y a dix jours, une gastro-entéro-anastomose par la voie transmésocolique.

Les symptômes douloureux, l'amaigrissement, l'anorexie remontent à deux ans et demi. Lors de son entrée, le malade présentait une induration dans la région pylorique, l'estomac était abaissé et dilaté et on voyait se produire des mouvements péristaltiques intenses. L'état nauséeux était constant, mais n'aboutissait que rarement au vomissement.

L'alimentation était presque nulle.

Depuis l'opération, les douleurs se sont réduites à quelques coliques, l'état nauséeux a disparu; depuis trois jours ce malade a commencé à manger de la viande.

M. Vallas a fait présenter ce malade non pas comme un cas exceptionnel, mais pour montrer une fois de plus que l'intervention précoce dans la sténose du pylore donnait aujourd'hui d'excellents résultats.

Ce malade, atteint d'un gros néoplasme du pylore, présentait une dilatation stomacale considérable. Le lavage de la cavité gastrique ramenait encore des aliments, lorsqu'on y avait fait passer 60 litres de liquide. On y trouvait, entre autres, de la salade. Or le malade n'en avait pas ingéré depuis un mois.

Le procédé de gastro-entérostomie transmésocolique postérieure de

von Hacker, qui fut employé, n'a pas entraîné d'accidents, comme c'est la règle, ainsi que nous avons eu l'occasion de le répéter à plusieurs reprises. Le procédé en Y de Roux est sans doute préférable, puisqu'il rétablit la circulation intestinale telle qu'elle est à l'état normal. Nous le réservons cependant à l'état normal aux seules sténoses cicatricielles, qui donnent une guérison parfaite et continue.

Le procédé de von Hacker, moins parfait, convient aux malades débilités, aux cancéreux, chez lesquels l'opération ne donne des résultats palliatifs que pendant un temps limité. Il est plus rapide chez eux que le procédé en Y, ne s'accompagne pas de choc et présente ainsi quelques indications.

D'une façon générale, nous préférons les points de suture pour l'anastomose. Le bouton a l'avantage de la rapidité dans l'application. Mais il est moins sûr que les sutures, et il reste dans l'estomac.

Notre malade a été opéré il y a onze jours. Il s'alimente avec des solides depuis quatre jours. Déjà l'amélioration est considérable.

Les résultats, est-il besoin de le dire, sont d'autant plus beaux que l'intervention est plus précoce.

Le Secrétaire adjoint, X. Delore fils.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 29 mars 1900. — Présidence de M. Fochier.

EXOSTOSES SUS-CLAVICULAIRES.

M. Goullioud montre de nouveau le malade déjà présenté à la séance du 30 novembre. M. Rafin a enlevé la tumeur qui paraissait adhérer, sans articulation interposée, à l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale.

M. Durand fait remarquer que cette observation prouve que toute exostose sous-claviculaire ne doit pas être considérée comme étant une côte surnuméraire.

M. Ollier admet aussi que la pathogénie des exostoses sus-claviculaires n'est pas univoque. La conduite à tenir n'est pas non plus toujours identique : si les troubles nerveux ou vasculaires sont pressants, il faut opérer; dans le cas contraire, il est sage d'attendre.

SARCOME MUSCULAIRE DÉVELOPPÉ DANS LE PECTINÉ; ABLATION DU MUSCLE ET DES INSERTIONS AU SQUELETTE PELVIEN.

M. Ruotte. Le malade, âgé de 23 ans, sentit brusquement en faisant un exercice de gymnastique une douleur violente à l'aine droite. Il put continuer son service et ce n'est que deux mois après qu'il vint à la visite pour une petite tumeur du pli de l'aine. Celle-ci, prise pour un gan-

glion engorgé, fut traitée par des applications d'onguent napolitain, mais l'augmentation rapide de volume fit soupçonner un néoplasme pour lequel le malade fut adressé à l'hôpital Desgenettes. Sujet vigoureux, tumeur du volume d'une grosse orange, régulière, arrondie, mobile dans le sens transversal et nullement de haut en bas. Consistance molle pouvant en imposer pour de la fluctuation.

L'opération fit reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse ayant son siège dans le pectiné. L'énucléation en paraissait possible, mais M. Ruotte jugea nécessaire d'inciser largement le muscle et de faire sauter avec le ciseau et le maillet ses insertions supérieures.

Réunion immédiate sans drainage, suites simples.

L'examen histologique a établi l'existence d'un sarcome à petites cellules.

M. Ollier condamne, comme M. Ruotte, la pratique de l'énucléation en pareil cas même si la tumeur paraît encapsulée. L'énucléation doit être rayée définitivement de la thérapeutique du sarcome.

M. Vincent est aussi radical que M. Ollier, et même chez les enfants il considère le sarcome musculaire comme une indication formelle d'amputation.

M. Vallas émet aussi l'avis que l'amputation doit être la règle.

M. Chandelux pense que chez les gens âgés on peut être moins radical que chez les jeunes, et cite un cas de sarcome du fléchisseur profond des doigts opéré par lui sans récidive. Le malade mourut deux ans plus tard d'une affection cardiaque.

M. Fochier pense qu'on ne peut appliquer un diagnostic et un traitement uniforme aux nombreuses variétés de tumeurs intra-musculaires. Le terme commode de sarcome musculaire englobe des affections disparates, angiomes, névromes, lymphangiomes, etc.

MAUVAIS RÉSULTATS DES OPÉRATIONS INCOMPLÈTES ; GRATTAGES ET CURETTAGES DANS LA TUBERCULOSE DU COUDE ; NÉCESSITÉ DE LA RÉSECTION TYPIQUE.

M. Ollier vient de pratiquer sa 266e résection du coude sur une jeune fille de 8 ans, à qui il avait fait l'an dernier une intervention partielle sur la partie radio-humérale.

Pour lui une conclusion s'impose de plus en plus : au coude la résection est le seul traitement de la tuberculose et cette résection doit être totale. Les opérations dites conservatrices,

grattages, curettages, arthroxesis de Létiévant doivent être rejetées de la pratique.

M. Vincent, à ce propos, signale les résultats déplorables donnés par les injections de chlorure de zinc.

M. Ollier avait évité de faire allusion à ces injections, mais partage à leur égard l'opinion émise par M. Vincent. Il a beaucoup réfléchi aux résections semi-articulaires et a fini par admettre que tout en exposant plus à la récidive, elles donnent des articulations mal adaptées le plus souvent inférieures à celles que donnent la résection totale.

Séance du 5 avril. — Présidence de M. Fochier.

OSTÉO-SARCOME COSTAL PROPAGÉ AU POUMON.

M. Vallas présente le malade dont il a déjà entretenu la Société : la pince à demeure sur le pédicule est tombée le neuvième jour ; il ne persiste qu'une petite fistule et la respiration se fait bien (à la séance du 26 avril M. Vallas a donné le résultat de l'examen histologique qui a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose et non d'un sarcome). Des erreurs analogues sont signalées par MM. Fochier et Villard. Une tuberculose peut être prise pour un sarcome et réciproquement un sarcome pour une tuberculose).

Dans sept observations de pneumectomie pour néoplasme on a employé des moyens variés pour éviter le pneumothorax : ouverture étroite et injection lente d'eau stérilisée pour éviter l'affaissement brusque (Laveran), suture du feuillet pariétal au feuillet viscéral (Péan, Roux), ligature en masse du pédicule.

M. Villard rappelle que Tuffier et Halliau ont cherché sur les animaux à prévenir le pneumo-thorax en faisant respirer de l'air sous pression.

M. Gayet rappelle que dans un cas il put arriver à ramener l'expansion du poumon en faisant inspirer le malade pendant qu'on obturait la plaie.

M. Nové-Josserand croit que ce procédé n'est applicable que dans des circonstances exceptionnelles. C'est surtout au moment de l'expiration et surtout de l'expiration forcée de la toux que le poumon fait son expansion.

M. Jaboulay croit que le procédé le plus simple est l'intubation du larynx suivie d'insufflation d'air.

M. Vallas rappelle que Muller a harponné le poumon pour le ramener rapidement dans la plaie.

PRÉSENTATION D'UN ŒUF INTACT ENLEVÉ DANS UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. A. Pollosson présente l'œuf qui contenait un fœtus vivant au moment de l'ablation. L'intervention fut pratiquée après une troisième hémorragie, le péritoine contenait deux litres de sang.

Au sujet de la conduite à tenir, les chirurgiens sont divisés en deux écoles. Les uns, comme M. Laroyenne, sont partisans de l'expectation motivée par la rareté des cas de mort et la résolution habituelle de ces épanchements.

M. Pollosson pense que dans ces cas à hémorragies récidivantes le péril justifie l'intervention. M. Pollosson croit aussi que le plus souvent les femmes qui ont des grossesses extra-utérines n'ont aucun passé utérin, ni salpingite, ni déviation utérine, ni quoi que ce soit. C'est la grossesse et l'hémorragie qui provoquent les lésions, adhérences, déviations, etc., constatées au cours des opérations.

La rareté de la suppuration et des phénomènes infectieux à la suite des hémorragies intra-péritonéales est bien une preuve de l'état aseptique de la trompe.

M. Goullioud, qui avait vu la malade, insiste sur la violence des douleurs qu'elle présentait, et dans ce cas aurait agi comme M. Pollosson.

M. Fochier croit que la majorité des grossesses extra-utérines coïncide avec des lésions antérieures de la trompe.

EMPLOI DU CHLORURE D'ÉTHYLE COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL.

A la séance de la Société de chirurgie de Lyon du 31 mai, M. Auguste Pollosson a fait sur ce sujet une intéressante communication. Ce sont deux dentistes qui, les premiers, en employant le chlorure d'éthyle sur les gencives comme anesthésique local, qui se sont aperçu de son action anesthésique générale. Puis von Acker (d'Inspruck) l'a employé pour les opérations chirurgicales.

Le produit employé à Lyon est le kélène, de la maison Gilliard, Monnet et Cartier.

Pour obtenir l'anesthésie, il faut un appareil spécial, un masque s'appliquant très exactement sur la face par une garniture en caoutchouc et communiquant avec un siphon

métallique dans lequel on verse 5 à 6 centimètres cubes de chlorure d'éthyle.

L'anesthésie est obtenue en 15 à 25 inspirations, soit en une minute à une minute et demie. Pour une opération qui ne doit durer que quelques minutes, cela est parfait; on a même pu avec le chlorure d'éthyle pur seul prolonger l'anesthésie pendant 30 à 50 minutes; mais pour les anesthésies un peu longues, M. Pollosson préfère substituer le bonnet à éther au masque à chlorure d'éthyle dès que l'anesthésie est produite. On évite ainsi tous les désagréments du début de l'anesthésie à l'éther et on gagne du temps. M. Pollosson a pratiqué déjà environ 200 anesthésies avec le chlorure d'éthyle seul ou suivi de l'éther. L'anesthésie ressemble beaucoup à celle que l'on obtient avec le protoxyde d'azote, et si sa durée a été courte (ouverture d'abcès, extraction de dents, etc.), le patient se réveille presque aussitôt et peut rentrer chez lui sans malaise.

M. Nové-Josserand, à l'exemple de M. Pollosson, a employé le chlorure d'éthyle chez les enfants, depuis les plus grands, par lesquels il a commencé, jusqu'aux plus petits, et il se déclare également très satisfait du nouvel anesthésique.

REVUE DES LIVRES

Précis de toxicologie clinique et médico-légale, par le docteur Ch. Vibert. Paris, Baillière, 1900. Un vol. in-8 de 926 pages, avec une planche coloriée et 74 figures. (Paris, Baillière, 1900. — 10 f

Le *Précis de toxicologie* de M. Vibert a été écrit surtout pour les médecins légistes et les cliniciens. Mais il ne se limite pas étroitement aux questions de pratique, et c'est ainsi que l'histoire de certains poisons qui présentent un grand intérêt au seul point de vue sientifique, s'y trouve aussi traitée.

La partie chimique de la toxicologie a été laissée de côté. Elle ne peut être étudiée sérieusement et utilement que par des chimistes de profession, et elle a été déjà excellemment traitée dans le *Précis de toxicologie chimique et physiologique* du professeur Chapuis, arrivé aujourd'hui à sa troisième édition. Sur ce point M. Vibert s'est borné à quelques notions sommaires que le médecin doit connaître, même

quand il entend n'empiéter aucunement sur le rôle du chimiste.

C'est la symptomatologie qui forme la partie fondamentale de ce livre.

Pour ne pas fatiguer l'attention du lecteur, M. Vibert a cherché à la ranimer en intercalant dans le texte des observations typiques propres à donner une idée nette des principaux traits cliniques d'une intoxication. Parmi ces observations, il en est d'autres qui ont été empruntées aux maîtres de la médecine légale : Orfila, Tardieu, Taylor, etc.

Si la symptomatologie relève avant tout de l'observation clinique, elle peut souvent aussi tirer parti de l'expérimentation sur les animaux. Celle-ci d'ailleurs est devenue entre les mains des physiologistes une des branches les plus importantes de la toxicologie. Déjà elle a permis d'analyser les effets de beaucoup de poisons, de saisir le mécanisme par lequel ils se produisent, fournissant par suite les indications rationnelles d'une partie du traitement; elle a apporté aussi au médecin légiste un moyen de diagnostic parfois fort important.

M. Vibert a donc fait entrer dans l'histoire de chaque poison un paragraphe consacré aux données expérimentales, sans dissimuler le cas échéant, les incertitudes, les contradictions même que laissent encore subsister les études des physiologistes sur le mode d'action des substances toxiques.

Pour des médecins légistes, le diagnostic est le point capital de la toxicologie, celui en vue duquel sont étudiées toutes les autres parties de l'histoire des poisons. M. Vibert s'est efforcé d'indiquer tous les éléments utilisables pour ce diagnostic médico-légal en citant autant que possible des exemples de la réalisation.

Le traitement n'a point été négligé et le praticien est assuré de trouver sur ce point le dernier état de la science.

REVUE DES JOURNAUX

Signe de Musset. — Sous ce vocable nouveau, M. Armand Delpeuch propose de désigner les secousses rythmées de la tête que l'on observe assez rarement chez les aortiques.

Ces secousses sont régulières et parfaitement isochrones aux pulsations artérielles.

Ce symptôme avait été observé en 1842 par Paul de Musset chez son frère Alfred qui mourut quelques années plus tard d'une altération des valvules de l'aorte.

Ce signe si évident a été signalé ces dernières années par Coop (1894), Folotti (1895) et Brusschini en 1898.

Paul de Musset fit part à son frère de son observation et voici quelle fut la réponse du poète : « Je ne croyais pas, répondit-il, que cela fût visible ; mais je vais vous rassurer. »

Il se pressa la nuque, je ne sais comment, avec l'index et le pouce, et au bout d'un instant, la tête cessa de marquer les pulsations du sang. « Vous voyez, dit-il ensuite, que cette épouvantable maladie se guérit par des moyens simples et peu coûteux. »

Nous nous rassurâmes par ignorance, car nous venions de remarquer le premier symptôme d'une affection grave à laquelle il devait succomber quinze ans plus tard. (*La Presse méd. de Paris*, 16 mai 1900.)

Sur la fièvre dans le cancer des organes viscéraux, par Max Frendweler. — En se basant sur les matériaux de la clinique médicale de Zürich, l'auteur a réuni, de 1884 à 1898, 475 cas de cancer diagnostiqués avec certitude et dont la répartition est la suivante : cancer de l'estomac 265 cas ; du pharynx, de l'œsophage et du cardia 105 cas, du foie et de la vésicule biliaire 38 cas, du côlon, de la flexure sigmoïde et du rectum 24 cas, de l'intestin grêle et du péritoine 3, des autres organes 40. Sur ce nombre, 189 malades, soit 39,8 °/₀, présentaient de la fièvre et dans 24,6 °/₀ cette fièvre ne pouvait s'expliquer que par l'affection cancéreuse. La fièvre présentait un type continu dans 6 °/₀ des cas, un type remittent ou intermittent dans 41 °/₀ ; des accès intermittents rappelant le paludisme dans 14 °/₀ ; des accès isolés dans 38.5 °/₀.

Ainsi donc, dans la majorité des cas de fièvre chez les cancéreux, il y avait une fièvre remittente ou intermittente. L'enquête entreprise par l'auteur ne lui donna pas de résultats certains, et ce n'est que le cancer des viscères qui peut produire à lui seul, sans aucune complication, une fièvre le

plus souvent à allure irrégulière. Cette fièvre n'assombrit pas le pronostic de la maladie, à moins qu'elle ne provoque une cachexie rapide. (*Deut. Archiv. für clin. Med.*, t. LXIV.)

Sur la production de l'amylase par les leucocytes, par D. Zabolotny. — En injectant divers hydrates de carbone (amidon, inuline, sucre, etc.), l'auteur a constaté que ces matières s'assimilent dans l'organisme des animaux et que ce sont les leucocytes qui fournissent le ferment pour la digestion des amylacées. Les leucocytes sont capables de digérer l'amidon cru, c'est-à-dire qu'ils produisent dans leur protoplasma une espèce de ferment amylolytique. En injectant aux animaux de l'amidon, on peut obtenir un certain degré d'immunité contre l'amidon. Le sérum et les extraits des organes des animaux immunisés possèdent la propriété *amylolytique* plus grande que le sérum et les extraits organiques des témoins. En englobant l'empois de l'amidon, les leucocytes deviennent *iodophiles* et le digèrent. L'existence de l'amylose dans les phagocytes est incontestable. Étant donné la possibilité de l'existence d'autres ferments dans les leucocytes, on peut nommer ce ferment amylolytique *amylophagocytase*. (*Arch. russes de pathol.*, 30 avril 1900.)

La rareté de la scarlatine dans les pays tropicaux. — Le *British med. Journal* (10 février) a recherché les causes de la rareté de la scarlatine sous les tropiques et arrive à cette conclusion qu'elle est due d'une part à l'influence du climat, d'autre part aux influences de race. L'influence du climat se manifeste aussi sur les Européens qui sont bien plus rarement atteints de scarlatine sous les tropiques que dans leur pays d'origine. Quant à l'influence des différences de race, les statistiques dressées par la Commission sanitaire du gouvernement des Indes sont assez explicites ; sur 235.000 soldats indigènes et prisonniers en vingt ans (1877-1896), il n'y a eu que 20 cas de scarlatine, dont un seul mortel, alors que sur 60.000 soldats européens et sur 4.000 femmes pour la même période de vingt ans, il y a eu 63 cas de scarlatine, dont 2 mortels.

La plupart des cas de scarlatine dans les Indes paraissent

être importés par les troupes britanniques. En même temps que la morbidité de scarlatine diminue dans la Grande-Bretagne, elle diminue aussi aux Indes. C'est ainsi qu'en 1870 la mortalité par scarlatine était en Angleterre et au pays de Galles au-dessus de 1.400 par million d'habitants, tandis que dans ces derniers quinze ans, elle est descendue au-dessous de 300. Il en fut de même aux Indes où, en 1871, on compta 100 cas de scarlatine avec 17 terminaisons fatales. (*Vratch*, n° 7.)

Des compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires. — M. Sehrwald rapporte dans la *Therapeutische Monasthefte* les heureux résultats qu'il a obtenus dans plusieurs cas de péritonite grave, en se servant de compresses d'alcool.

Chez un malade atteint de péritonite tuberculeuse, cet auteur a vu en particulier disparaître à deux reprises tous les accidents, douleurs, vomissements, météorisme et diarrhée, très peu de temps après l'application des compresses.

Devant ce succès vraiment encourageant, M. Sehrwald a eu l'idée d'appliquer ce traitement à plusieurs malades atteints d'appendicite. Dans tous ces cas la maladie a évolué heureusement et les accidents n'ont pas tardé à disparaître.

Si ce procédé n'est pas nouveau, il mérite au moins par sa simplicité d'être rappelé.

Il semble en effet que dans les cas de péritonisme, où il n'existe pas d'indications opératoires urgentes, la révulsion que produit l'alcool sur les téguments produise une dérivation salutaire. (*Gazette des hôpitaux*, 9 mai 1900.)

La pommade au staphysaigre contre la gale. — M. Labesse a eu entre les mains une pommade vendue par un guérisseur angevin, et dans cette pommade grossièrement faite, il trouva une quantité considérable de débris de graines de staphysaigre et même des graines presque intactes. Une pommade analogue avait été conseillée dans le traitement de la gale par M. Bourguignon, qui la trouverait supérieure à la pommade d'Helmerich. M. Cadet de Gassicourt a modifié la formule de Bourguignon au point du *modus faciendi*. Il conseille d'employer la poudre impal-

pable de staphysaigre et de la mélanger simplement à l'axonge par trituration dans les proportions suivantes : 300 grammes de staphysaigre et 500 grammes d'axonge.

Le mode de traitement de M. Bourguignon est des plus simples : le malade commence par prendre un bain tiède ; puis on le frictionne avec la pommade quatre fois par jour sur toutes les parties du corps atteintes de démangeaisons et d'éruptions. Le bain et les frictions doivent être répétés quatre jours de suite. Les précautions d'usage doivent être prises pour les vêtements qui seront soumis à une désinfection rigoureuse. (*Gaz. des hôp.*, 12 mai 1900.)

Résultats des vaccinations antityphiques. — Le prof. Wright nous renseigne sur les résultats obtenus par les vaccinations des soldats anglais aux Indes contre la fièvre typhoïde. Sur 2.835 vaccinés vers la fin de 1898 ou au commencement de 1899, et qui sont restés en observation de cinq à onze mois, 27 seulement ont contracté la fièvre typhoïde et 5 sont morts. Dans la même période, sur 8.460 non vaccinés, 213 ont pris la fièvre typhoïde et 23 sont morts. Cela constitue une morbidité de 0,95 °/₀ et une mortalité de 0,2 °/₀ pour les vaccinés contre une morbidité de 2,5 °/₀ et une mortalité de 0,34 °/₀ pour les non vaccinés. Il faut remarquer que les inoculations avaient été faites de préférence aux jeunes soldats nouveaux arrivés dans les Indes et par conséquent plus prédisposés à l'infection typhique que les soldats acclimatés ; de plus, dans certains cas les inoculations se faisaient au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Toutefois, le Dr Welch a critiqué ces chiffres. Il rappelle que la fièvre typhoïde se rencontre rarement aux Indes sous forme épidémique et que le plus souvent il s'agit de cas isolés. On ne saurait donc attribuer une trop grande importance à la différence entre la fréquence de la dothiénentérie chez les soldats vaccinés et non vaccinés. On pouvait observer la même différence entre les diverses troupes également vaccinées où la fréquence de la morbidité a varié entre 0 et 2,1 °/₀. (*The Lancet*, 20 janv.-3 février. — *Vratch*, n° 6, 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

STATISTIQUE VITALE DE LA FRANCE EN 1898.

Depuis quelques années l'opinion publique s'est émue de l'état de stagnation de la population française. Dans la période quinquennale de 1891 à 1895, il y a eu une vraie dépopulation de la France, et non une augmentation de 175.000 habitants. Pour la démontrer (v. *Lyon Médical*, t. 86, p. 93) nous n'avons eu qu'à demander les preuves aux documents publiés par le *Journal officiel* lui-même. Le plus important est fourni par le mouvement de la population de 1891 à 1895; il y a dans cette période quinquennale un excédent des décès sur les naissances, 1.445 de plus. Le nombre des étrangers immigrés ou naturalisés a été inférieur à ce qu'il était cinq ans auparavant ; au contraire, l'émigration des Français en Algérie et dans les colonies avait augmenté. Ces diverses constatations nous ont permis d'affirmer que la population de la France comptait moins d'habitants en mars 1896 qu'en avril 1891.

On avait créé au ministère du commerce un outillage spécial, des machines merveilleuses, recruté et formé un personnel spécial pour inventorier les résultats du recencement de la population. Mieux vaudrait améliorer ou changer les conditions dans lesquelles se fait le dénombrement quinquennal en France, de façon à faire opérer les machines sur des chiffres réels et non fantaisistes.

D'ailleurs, ce qui prouve le mieux la vitalité d'une nation, c'est beaucoup moins l'accroissement de fait dénoncé par le recensement que l'accroissement par excès des naissances sur les décès.

Nous constatons avec satisfaction que depuis trois ans la situation s'est améliorée. Mieux que le recensement quinquennal, le dépouillement annuel de toutes les communes de France nous fixe sur l'accroissement réel de la population.

« En 1896, nous nous trouvions en présence d'un excédent de 93.700 naissances, qui provenait à la fois d'une augmentation des naissances et d'une diminution des décès :

31.413 naissances en plus, 88.100 décès en moins donnaient sur l'année précédente un boni de 113.513 unités, qui transformait le déficit des naissances (17.813) en un excédent des naissances sur les décès (93.700).

En 1897, les naissances l'avaient encore emporté de 108.088 sur les décès; mais ce résultat, plus favorable en apparence, était plutôt moins bon que celui de l'année précédente, car les naissances avaient diminué de 6.479 unités. La nouvelle amélioration n'était due qu'à une diminution du chiffre des décès : on avait compté, en 1896, 771.886 décès, et 751.019 en 1897; 865.586 naissances en 1896 et 859.107 en 1897.

En 1898, les résultats fléchissent de nouveau. Il y a un excédent des naissances sur les décès, mais seulement de 33.860; les naissances, en particulier, ont encore diminué de 15.174. Par 1.000 habitants, l'excédent des naissances sur les décès n'est que de 0,85.

Évidemment, il faut se garder de tirer des conclusions de petites fluctuations annuelles; il faut observer le mouvement de la population sur de longues périodes. Mais pour les dix années 1889 à 1898, l'excédent des naissances sur les décès ne s'élève au total qu'à 281.403 individus; annuellement, il est en moyenne de 0,74 par 1.000 habitants, tandis qu'il dépassait 2 pour 1.000 par année moyenne de la précédente période décennale (1879-1888).

Voici maintenant des détails sur les naissances, décès, mariages, divorces, etc., enregistrés l'an dernier :

Naissances. — Le nombre des naissances a été de 843.933; le coefficient de natalité pour l'année 1898 est donc de 22,1 par 1.000 habitants, sans les mort-nés.

Le nombre des naissances en 1898 est inférieur de 15.174 unités au chiffre de 1897 et de 21.653 à celui de 1896; il est supérieur de 9.760 au chiffre de 1895. Le coefficient moyen de natalité de la période décennale (1889-1898) est de 22,6; il est assez notablement supérieur au coefficient 22,1 de 1898.

La diminution des naissances a été à peu près générale en France en 1898; 13 départements seulement présentent un chiffre de naissances supérieur à celui de 1897 : Manche, Meurthe-et-Moselle, Hérault, Seine, Gard, Alpes-Maritimes,

Ardennes, Pyrénées-Orientales, Belfort, Var, Doubs, Calvados, Eure-et-Loir.

Le chiffre des naissances se décompose en 766.347 naissances légitimes et 74.586 naissances illégitimes. Il est né 431.365 garçons et 412.568 filles.

Les mort-nés ne sont pas comptés dans le total des naissances. Leur nombre a été un peu inférieur, en 1898, à la moyenne des années 1889-1898; il a été de 39.806 (22.814 garçons et 16.991 filles, alors que la moyenne décennale ressort à 40.700. Le nombre tctal des naissances en France, y compris les enfants nés vivants et les mort-nés, serait de 883.738, soit 23 pour 1.000 habitants.

Décès. — Le nombre des décès a été de 810.073; le coefficient de mortalité pour l'année 1898 est donc 21,2.

Le nombre des décès survenus en 1898 a été supérieur de 59.054 unités au chiffre de 1897 et de 38.189 à celui de 1896; il a été inférieur de 41.913 unités au chiffre de 1895. Le coefficient de mortalité de la période décennale (1889-1898) a été de 21,8; il est notablement supérieur au coefficient 21,2 de 1898.

Il n'y a que six départements dans lesquels le nombre des décès ait été en 1898 inférieur à celui de 1897. Ce sont : Bouches-du-Rhône, Savoie, Mayenne, Corse, Orne, Belfort. Tous les autres accusent des augmentations. La Seine présente une augmentation de 3.849 décès.

Les décès masculins, comme d'habitude, l'emportent sur les décès féminins; la différence a été, en 1898, de 27.169 unités. Les décès masculins l'emportent annuellement sur les décès féminins d'une quantité notablement supérieure à l'excédent des naissances masculines sur les naissances féminines. C'est le résultat d'une immigration étrangère importante et plus riche en hommes qu'en femmes.

Mariages et divorces. — Le nombre des mariages a été de 287.179 en 1898; il avait été de 291.462 en 1897, 290.171 en 1896 et 282.915 en 1895. Le nombre des mariages subit de légères fluctuations; mais sur de longues périodes, l'examen ne décèle ni accroissement ni diminution de la nuptialité. Le nombre des mariages, par 1.000 habitants, est de 7,5 en 1898, de 7,4 pour la période décennale de 1898-1889, de 7,4 pour la période décennale de 1888-1879.

Pour les divorces, au nombre de 7.238 en 1898, nous constatons une diminution. Ils étaient en progrès chaque année depuis 1884 et l'augmentation annuelle variait entre 300 et 400. En 1898, les registres de l'état civil accusent 222 divorces de moins que l'année précédente. » J. I.

VARIÉTÉS

La variole a Lyon pendant le mois de mai 1900; morbidité et mortalité. — Nous continuons à donner des renseignements sur l'épidémie variolique à Lyon qui, selon toute probabilité, durera plusieurs mois encore.

Que ne peut-on conduire les adversaires de la vaccine visiter une salle de varioleux et leur permettre d'entendre les doléances de certains malheureux qui, après plusieurs mois de maladie, sont tellement défigurés qu'ils ont quelque peine à se reconnaître dans un miroir! Cette leçon de choses ferait plus pour la propagation de la vaccine que toutes les circulaires ministérielles.

Du 1er au 31 mai 1900, il a été déclaré au Bureau d'hygiène 219 cas de variole. Quant aux décès, pour en connaître le nombre il faut additionner ceux constatés en ville (13) et ceux survenus à l'hôpital des varioleux *extra muros* (34), total 47.

Depuis le 24 juin 1899, début de l'épidémie, le chiffre des décès ne dépasse pas 187, preuve de la bénignité relative de l'épidémie; car Marseille frappée comme Lyon a enregistré dans le seul mois de décembre 1899 245 décès par variole.

A propos de la variole a Lyon. — Un correspondant de l'*Organe de l'École médicale belge* proteste en ces termes contre la contrainte obligatoire et légale de la vaccination. Il qualifie d'*idiot* et d'*homicide* la pensée d'éteindre l'épidémie de variole à l'aide du virus-vaccin. Il accuse même la rage de vacciner d'être la cause de la diffusion de la variole. Si on était réduit à cette extrémité (devoir être vacciné de force), il pourrait arriver que dans un moment de colère, on « tuât le ou les vaccinateurs. »

De pareils attentats ne sont à craindre que dans les pays de mentalité inférieure où l'on croit au miracle de saint Janvier et où l'on ne peut concevoir ni accepter que trois à quatre pustules vaccinales puissent vous préserver de la plus grave et de la plus sale des maladies contagieuses. Marseille avec une population étrangère nombreuse et non vaccinée a enregistré en décembre dernier 245 décès par variole avec un coefficient mortuaire de 83 °/₀ chez les non vaccinés.

Rappelons à l'*Organe de l'École médicale belge* et à son correspondant que dans un pays voisin, l'Allemagne, ce procédé *idiot* et *homicide*, appliqué depuis vingt-cinq ans, a produit ce qu'on lui demandait, l'extinction à peu près complète de la variole.

Prétendre que le virus-vaccin favorise la diffusion de la maladie en temps d'épidémie, c'est raisonner en médecin qui ignore la fixité de la période d'incubation de la variole et qui conclut à tort d'une relation de cause à effet quand il voit des pustules varioliques se développer chez un inoculé ayant depuis quelques jours de superbes pustules vaccinales.

Que ce correspondant avide de s'instruire lise le récit de l'épidémie de variole de Porto-Rico, enrayée par la vaccination obligatoire de tous les habitants.

En arrivant à Porto-Rico, vers la fin de 1898, le gouverneur militaire nommé par les États-Unis trouva dans les hôpitaux de l'île 3.000 varioleux. Du 27 janvier au 30 juin 1899, tous les habitants (790.000) sont vaccinés ou revaccinés, et trois mois plus tard, le 1er octobre, il n'existe plus dans l'île un seul cas de petite vérole.

Dans les pays où la vaccination est facultative comme en France, il est des villes, comme Marseille, où la variole est endémique ; dans d'autres comme Lyon où l'épidémie actuelle n'a pas une gravité bien grande, elle a déjà tué 187 habitants, sans compter les défigurés. Quand finira-t-elle ?

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.— L'Académie de Paris a nommé membre associé national M. le professeur Pierret, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bron. — Nos bien sincères félicitations.

INSTITUT ANTIRABIQUE DE LYON. — Pendant le mois de mai 1900, 46 personnes ont été traitées à l'institut antirabique de Lyon et du Sud-Est. Parmi les 46 personnes mordues, 17 sont domiciliées à Lyon, 5 dans les autres communes du Rhône et 24 dans les départements voisins. Le nombre des personnes mordues et traitées à l'institut depuis le 2 janvier 1900 s'élève à 254.

STATISTIQUE VITALE DE LYON ET DE MARSEILLE PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1900.

	Lyon	*Marseille*
Mariages	314	410
Divorces........	27	8
Naissances......	688	1031
Décès	917	1213
Mort-nés	41	93

BIBLIOTHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON. — En vertu d'un jugement rendu par le Conseil de l'Université de Lyon le 31 mai 1900, M. X..., étudiant à l'Université de Lyon, convaincu d'avoir détourné et mutilé un volume appartenant à la bibliothèque universitaire, est exclu à toujours de toutes les Facultés de l'Université.

M. X... est contraint, en outre, de réparer le dommage causé à la bibliothèque universitaire par la mutilation du volume détourné, en faisant réimprimer à ses frais les feuillets qu'il a détruits.

LE DOCTORAT DES INTERNES. — La réunion des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux a été d'accord d'autoriser les internes de qua-

trième année à passer leur thèse sans cesser d'être en fonctions durant cette même année, et de demander à l'Administration *compétente*, pour les internes de troisième année ayant passé leur cinquième examen, le droit de pratiquer, quand il y aura lieu, les opérations d'urgence dans l'hôpital. (*Bulletin médical de Paris.*)

Il y a dans ce vœu deux faits bien distincts : l'autorisation pour les internes de passer leur thèse tout en conservant leurs fonctions ; le droit pour les internes de 3e et de 4e année de pratiquer les opérations d'urgence dans les hôpitaux.

S'inspirant de ce qui se passe dans d'autres villes, l'Administration hospitalière de Bordeaux accueillera sans doute la première partie de ce vœu. Ira-t-elle jusqu'à permettre, avec l'assentiment des chefs de service, des opérations sanglantes aux internes, fussent-ils docteurs en médecine, alors qu'elle exige des candidats chirurgiens appelés à soigner les pauvres des épreuves toutes spéciales de savoir et d'habileté ?

Qu'adviendrait-il de la responsabilité de l'Administration si un malade, se croyant mal opéré par un interne, portait la question devant les tribunaux ?

Qu'un chef de service, sous sa direction et sa responsabilité, laisse les internes pratiquer certaines opérations, c'est une initiative louable. Mais demander pour eux à l'Administration compétente (*laquelle*) l'autorisation de pratiquer les opérations d'urgence à l'hôpital, est une mesure discutable. Elle nous a suggéré ces quelques réflexions par ce qu'elle est présentée sous le patronage de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux.

Pharmacie à bon marché. — Un pharmacien de Lyon, prévenu de tromperie sur la quantité de la marchandise vendue, a été condamné par le tribunal correctionnel de Lyon, à la date du 7 février 1900, à 30 francs d'amende et aux dépens. — Le tribunal a ordonné qu'il sera sursis à l'exécution de la peine ci-dessus énoncée. (*Bul. de pharm. de Lyon*, mai 1900.)

La caisse d'assurance des ouvriers en cas de maladie en Allemagne. — On sait que la question d'assurance des ouvriers contre la maladie est réglée en Allemagne par une loi. Voici quelques chiffres qui montrent tous les bienfaits d'une telle loi. En 1897 il y avait en Allemagne 22.417 caisses d'assurance contre la maladie, avec 8.337.119 participants (sans compter 526.067 membres des caisses d'assurances qui n'entrent pas dans la catégorie des assurances réglées par la loi). Le nombre des jours de maladie s'élevait en 1897 à 51.513.783. Les revenus de la caisse étaient de 167.810.060 marcs (le marc = 1 fr. 25) et les dépenses 133.939.781 marcs. Pour les dépenses, les maladies ont nécessité 120.487,910 marc, à savoir comme honoraires aux médecins 26.914.271, pour médicaments et objets de pansements 20.699.812, secours aux malades 51.730.939, journées dans les hôpitaux, frais d'obsèques, etc., 21.142.918 marcs. Le capital de réserve de toutes les caisses a atteint le chiffre de 119.627.754 marcs. En moyenne, chaque participant a subi

0,36 de maladie et 6,18 de chômage. (*Allgem. mediz. Centralzeitung*, 31 janv. 1900.)

Le fétichisme en médecine et en chirurgie. — Le docteur Bishop consacre à ce sujet un article intéressant dans le *Lancet* (10 février 1900).

Parmi les exemples de fétichisme médical, il cite la foi aveugle de l'étudiant dans toutes les paroles du livre dont il apprend les éléments de médecine, ainsi que la négation de tout ce qui ne se trouve pas dans ce livre; la foi aveugle dans l'infaillibilité de certaines autorités médicales, de certains journaux; l'adoration exclusive des nouvelles théories et des nouvelles méthodes thérapeutiques, etc.

Comme exemple de fétichisme chirurgical, l'auteur rapporte l'emballement aveugle en présence des exigences de l'antisepsie, lorsqu'on croit que l'issue de l'opération dépend d'un nuage de spray, ou bien l'adoration renaissante devant la rapidité de l'opération. Cette adoration a fait, dit l'auteur, qu'on mesure l'habileté du chirurgien à l'aide du chronomètre ou mieux à l'aide de la nouvelle invention, du cinématographe. L'auteur décrit une laparotomie faite à Edinbourg et reproduite par le cinématographe, en montrant sur cet exemple quelques mauvais côtés de ce nouveau genre de fétichisme. (*Vratch*, n°.)

Nous en connaissons aussi à Paris qui pourraient revendiquer la priorité en fait de sport chirurgico-cinématographique.

Les congrès a Paris. — Le nombre des Congrès qui se tiendront à Paris pendant l'Exposition s'élève au chiffre respectable de 178.

Progrès de la peste a Bombay. — Depuis le commencement de l'épidémie actuelle, notamment depuis le 1er octobre 1896 jusqu'au 1er janvier 1900, c'est-à-dire en trois ans et trois mois, 52.207 personnes ont été atteintes rien qu'à Bombay, dont 44.417 sont mortes, soit 87 °/o. Loin de diminuer, la peste n'y fait qu'augmenter. (*Arch. russes de path.*, 30 avril 1900.)

Ce que gagne un médecin en Amérique. — Un rédacteur du *Medical Record* estime la moyenne en revenu d'un médecin de Chicago à 2.000 dollars — 10.000 francs. — Il croit cette moyenne applicable au médecin dans les grandes villes des États-Unis; à 1.500 celle d'un médecin de petite ville, et à 1.200 celle du médecin de campagne.

Deux ou trois des médecins de New-York gagnent, dit-on, 100.000 dollars par an; cinq ou six environ 50.000 dollars; mais la moyenne, quoique un peu plus élevée qu'à Chicago, ne dépasse pas 2.000 dollars.

Ces chiffres montrent qu'en Amérique, pas plus qu'en France, la médecine ne mène à la fortune. En tout cas, le mot d'Andrew Clark semble vrai en tout pays : « Sur quarante années de travail forcé, nous luttons dix ans pour le pain, dix ans pour le pain et le beurre, et vingt ans pour le gâteau. » Sans parler de ceux qui ne le voient jamais, le gâteau.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Mai	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
27	751	24	750	0	+22.4	15	+10.5	4	79	57	1.3	2.3	38
28	752	9	751	3	+24.7	13	+11.2	4	86	61	0.0	3.6	29
29	752	9	749	18	+24.2	16	+15.3	6	58	44	0.0	4.5	25
30	750	0	748	17	+19.7	16	+10.6	5	65	53	0.0	5.7	27
31	749	0	747	17	+20.4	16	+ 9.2	4	74	59	0.0	4.1	20
1	747	0	744	16	+22.0	13	+ »	»	74	54	0.0	3.4	20
2	745	0	742	24	+24.6	13	+11.3	4	96	45	0.0	2.3	18

Maladies régnantes. — Pendant la 23e semaine de 1900, le chiffre des décès est de 177, en diminution de 6 sur la semaine précédente ; il était de 165 pour la période correspondante de 1899. Cette mortalité donne un coefficient de 19,08 par an et par 1000 habitants.

La petite vérole n'a causé aucun décès cette semaine à domicile; ne nous hâtons pas de croire à sa disparition, car les déclarations faites au Bureau d'hygiène, du 29 mai au 6 juin, accusent une augmentation : 44 au lieu de 26 et 42 les deux semaines précédentes. Voici leur répartition dans les divers arrondissements : 9 dans le Ier, 4 dans le IIe, 8 dans le IIIe, 7 dans le IVe, 10 dans le Ve, 6 dans le VIe.

Les autres maladies contagieuses et infectieuses sont par ordre de fréquence : Scarlatine 15, diphtérie 4, fièvre typhoïde 3, infection puerpérale 1. Il faut augmenter ces chiffres d'un nombre indéterminé de rougeoles et de coqueluches, maladies non dénombrées.

Malgré une température élevée, il est vrai soumise à de fortes variations diurnes, les affections broncho-pulmonaires aiguës sont assez fréquentes, ainsi que les angines inflammatoires et catarrhales, les manifestations rhumatismales.

Sur les 177 décès hebdomadaires, dont 75 dans les hôpitaux civils, 37 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 42 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 2 juin 1900 on a constaté 177 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	16
Variole	0	Broncho-pneumonie	13	— des reins....	9
Rougeole	1	Pneumonie.........	8	— cancéreuses..	18
Scarlatine.........	1	Pleurésie..........	2	— chirurgicales.	10
Erysipèle..........	1	Phtisie pulmonaire.	24	Débilité congénitale	2
Diphtérie-croup ...	2	Autres tuberculoses	3	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	1	Méningite aiguë...	7	Aut. causes de décès	22
Affect. puerpérales.	1	Mal. cérébro-spinales	19		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	3	Naissances	130
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	1	Mort-nés........	8
Bronchite aiguë....	4	Cirrhose du foie ...	1	Décès..........	177

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE DE DUCHENNE CHEZ UNE FEMME ADULTE, CONSÉCUTIVE A UNE FIÈVRE TYPHOÏDE,

Par M. Josserand, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Je désire présenter à la Société des sciences médicales une malade atteinte de paralysie pseudo-hypertrophique : cette affection, parmi plusieurs points intéressants, a ceci de remarquable qu'elle est survenue chez une adulte (on sait qu'elle est l'apanage de l'enfance) et consécutivement à une fièvre typhoïde.

On sait qu'on a groupé sous le nom de paralysies myopathiques des paralysies dont les caractères principaux sont d'une part leur étiologie infantile, familiale et héréditaire ; d'autre part leur anatomie pathologique limitée à des lésions musculaires, avec intégrité du système nerveux, tant central que périphérique. Parmi les nombreuses variétés qu'on a décrites la plus ancienne est la forme pseudo-hypertrophique de Duchenne (de Boulogne) ; puis d'autres formes, à type atrophique au contraire, furent mises en lumière, que l'on connaît, suivant le mode de début ou de localisation de la paralysie, sous les noms de type de Leyden-Möbius, type scapulo-huméral d'Erb, facio-scapulo-huméral de Déjerine et de Landouzy, fémoro-tibial d'Eicchorst, etc.

Mais ce travail d'analyse fut bientôt suivi d'un travail de synthèse : déjà Duchenne avait remarqué que dans la forme hypertrophique, certains muscles avaient leur volume normal ou étaient même atrophiés, et d'autre part on vit que les formes atrophiques pouvaient présenter des faisceaux hypertrophiés. Au microscope rien d'ailleurs ne ressemble plus, a-t-on dit, à un muscle atrophié qu'un muscle hypertrophié, ce sont dans les deux cas les mêmes lésions de myosite parenchymateuse et interstitielle. On en est arrivé de la sorte à décrire une seule maladie, la paralysie myopathique dont les variétés, atrophique et hypertrophique, s'isolent ou se combinent plus ou moins chez le même malade.

La paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne mérite

pourtant de demeurer, ne fût-ce que par ses deux caractères principaux : son début dans l'enfance et non pas dans l'adolescence, et sa physionomie clinique tout à fait particulière. On en connaît le tableau : affaiblissement progressif des membres inférieurs empêchant l'enfant de jouer, provoquant des chutes fréquentes, puis au bout d'un temps variable, hypertrophie de ces muscles parésiés, si bien qu'avec des apparences pseudo-herculéennes l'enfant ne peut plus se tenir debout, se lever de sa chaise, se remettre debout une fois étendu sur le sol; paralysie également des membres de la partie supérieure du corps que l'hypertrophie pourtant ne gagne généralement pas. Ensellure, marche avec dandinement; enfin période de l'impotence absolue, du lit, du marasme.

Or, la malade que je vous présente a tout à fait ce type clinique : faites-en une enfant, regardez-la par le gros bout de la lorgnette et vous croyez avoir sous les yeux une des petites malades de Duchenne. Et pourtant elle a 27 ans, le début de l'affection remonte à trois années, elle ne possède enfin aucun antécédent héréditaire.

Quand on l'examine, on est frappé du défaut d'harmonie de ses formes, de la massivité des membres inférieurs et du bassin relativement à la partie supérieure du corps. Les mollets, les cuisses, les fesses ont un volume qui étonne, volume constitué par les muscles dont la saillie se dessine avec une apparence vigoureuse pendant les mouvements. Ces muscles sont assez durs, la peau qui les recouvre, sans être adhérente, se laisse difficilement plisser. Les muscles des membres supérieurs sont d'un volume normal, sauf pour le bord supérieur du trapèze qui est très épaissi. Si on palpe les muscles hypertrophiés on constate en certains points des indurations donnant une sensation fibreuse, et ces points sont douloureux à la pression. Le cou et la face sont indemnes.

Les muscles des quatre membres, hypertrophiés ou non, sont d'une faiblesse remarquable : la malade ne résiste presque pas aux mouvements provoqués, et elle peut à peine faire avancer de quelques divisions l'aiguille du dynamomètre. Quant aux mouvements fonctionnels ils sont remarquablement entravés. Assise sur cette chaise, la malade ne

peut absolument pas se lever sans prendre un point d'appui avec ses mains sur ses cuisses ; courbée en avant elle ne peut pas se redresser. Veut-elle monter un escalier, elle se hisse à chaque marche sur la rampe avec ses mains. Couchée à plat ventre sur un tapis, vous voyez cette pseudo-athlète avec ses membres herculéens, se consumer en efforts pour se relever, finir par accrocher ses pieds avec ses mains, qui remontent le long des jambes, puis des cuisses, la malade grimpant pour ainsi dire le long d'elle-même. La marche enfin ne peut être réalisée qu'à petits pas, très lentement, sinon la malade trébuche et tombe. J'ajoute que les réflexes, la sensibilité, les sphincters n'offrent rien d'anormal, et qu'au point de vue électrique il y a un simple affaiblissement de l'action faradique et pas de réaction de dégénérescence, d'après l'examen obligeamment pratiqué par M. Destot.

On voit que c'est là un type de l'affection décrite par Duchenne chez les enfants. Chez l'adulte on n'a signalé que quelques cas qui, à un point de vue ou à un autre, s'écartent plus ou moins du type classique : sans faire ici une critique détaillée de ces cas, je crois qu'on pourrait les réunir dans un chapitre d'ensemble intitulé *Des pseudo-paralysies pseudo-hypertrophiques*. Telles sont les observations de Joffroy et Achard, de Sacara Tulbure, etc. Notre malade, au contraire, n'était son âge, paraît être un représentant assez pur de la paralysie pseudo-hypertrophique véritable.

Un second point intéressant consiste dans l'étiologie qui est, à n'en pas douter, une dothiénentérie. Nous possédons, grâce à l'obligeance de M. le professeur Bard, l'observation de la fièvre typhoïde de notre malade. Cette observation, qui date de 1897, porte en tête le diagnostic : Fièvre typhoïde, myosite légère. On y signale, en effet, au cours des bains froids, une douleur avec rougeur et chaleur dans un mollet et dans un bras, et ce phénomène est soigneusement différencié d'une phlébite et catalogué sous le nom de myosite. La malade quitta le service très affaiblie, et cet affaiblissement augmenta dans des proportions très considérables dans la maison de convalescence où elle alla passer quatre mois. Là, il fallait la soutenir sous les aisselles pour lui faire faire quelques pas, et on fut obligé de l'alimenter, car elle ne pouvait porter sa cuiller à la bouche. Légèrement

améliorée au sortir de la maison de convalescence, elle se place comme domestique, et la pauvre fille, incapable de tout service, tombant dans les escaliers, est renvoyée de place en place. Au bout de dix-huit mois seulement les muscles des membres inférieurs commencent à s'hypertrophier, elle ne peut plus enfiler ses bas. Chez elle, comme chez les petits malades de Duchenne, la parésie précède d'assez longtemps l'hypertrophie. Enfin, de guerre lasse, elle finit par entrer dans notre service.

A part les particularités intéressantes déjà signalées, cette jeune fille nous présente donc un cas de paralysie typhique d'un ordre tout particulier, je veux dire par myosite généralisée, et je ne sache pas qu'un fait semblable ait été signalé. Certes, la myosite typhique est une lésion banale bien connue; mais elle frappe de rares muscles, d'une façon disséminée, elle évolue pendant la période d'état, se termine quelquefois par abcès, hémorragie, rupture musculaire, le plus souvent par restitution *ad integrum* et ne laisse plus de traces après la convalescence. Je sais que quelques auteurs ont signalé des observations de myosite typhique passées à l'état chronique. Ces cas, qui appartiennent à Lesage, à Cerné, me paraissent discutables et n'ont trait d'ailleurs qu'à des lésions localisées à un muscle ou à un groupe musculaire; même concluants, ils n'ont rien de commun avec la paralysie généralisée en tous points semblables à la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne que je vous présente. On pourrait objecter que la malade a présenté des points de myosite inflammatoire subaiguë qu'on ne signale pas dans le type classique. Mais les lésions vasculaires ont leur importance dans les paralysies myopathiques : Babes, Blocq et Marinesco en ont signalé la fréquence et peut-être l'importance pathogénique : ces vascularites, de nature infectieuse dans notre cas, commandent peut-être les lésions trophiques du muscle et ont probablement revêtu au début chez notre malade une allure subaiguë expliquant les points rouges et douloureux constatés au cours de la dothiénentérie.

Je tenais à vous présenter cette malade à un double point de vue. Un neurologiste y verra surtout un cas de paralysie pseudo-hypertrophique remarquable par l'état adulte du sujet et par la nature typhique de l'affection. Au point de

vue de la nature des paralysies post-typhiques, on y verra un cas relevant non pas de lésions médullaires ou névritiques, mais de myosite infectieuse généralisée et réalisant le type clinique de la paralysie pseudo-hypertrophique que Duchenne de Boulogne a décrit chez les enfants.

NOTE SUR LES ADÉNITES GÉNIENNES.

NOUVELLES OBSERVATIONS.

Par le docteur Léon THÉVENOT,
Moniteur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

C'est en 1892 que M. le Prof. A. Poncet appelait, pour la première fois, l'attention sur l'existence de ganglions lymphatiques dans l'épaisseur des joues et sur les diverses lésions dont ils peuvent être le siège. Il inspirait cette même année les recherches de son élève Vigier, sur les adénites géniennes (Vigier, *Gaz. hebd.*, et Thèse de Lyon, 1892). Plus tard, en 1895, le docteur Albertin apportait, dans les *Arch. prov. de chirurgie*, par une série de cas nouveaux, une contribution importante à l'étude de ces adénites. Depuis lors, divers travaux fort intéressants ont été publiés sur le même sujet, soit en France, soit en Allemagne. Qu'il nous suffise de citer le noms de Princeteau (de Bordeaux) et de son élève Capette-Laplène, de Buchbinder, de Kuttner, etc. Nous avons tenu grand compte de leurs recherches anatomiques et cliniques dans une récente Revue générale sur les adénites géniennes (1).

Nous rapportons ici quelques observations nouvelles, brièvement résumées, empruntées soit à la clinique de M. Poncet, soit à la pratique militaire du Dr Vigier. Notre but est simplement de signaler la fréquence relative de ces adénites, méconnues jusqu'à ces dernières années, de les faire mieux connaître, et d'en rendre ainsi le diagnostic plus facile.

Voici, tout d'abord, la planche anatomique des ganglions de la joue, que nous empruntons, ainsi que les autres figures, à notre récent article de la *Gazette des hôpitaux*.

(1) Des adénites géniennes (adénites de A. Poncet). *Revue anatomique et clinique*, par le Dr Léon Thévenot. — *Gazette des hôpitaux*, 21 avril 1900.

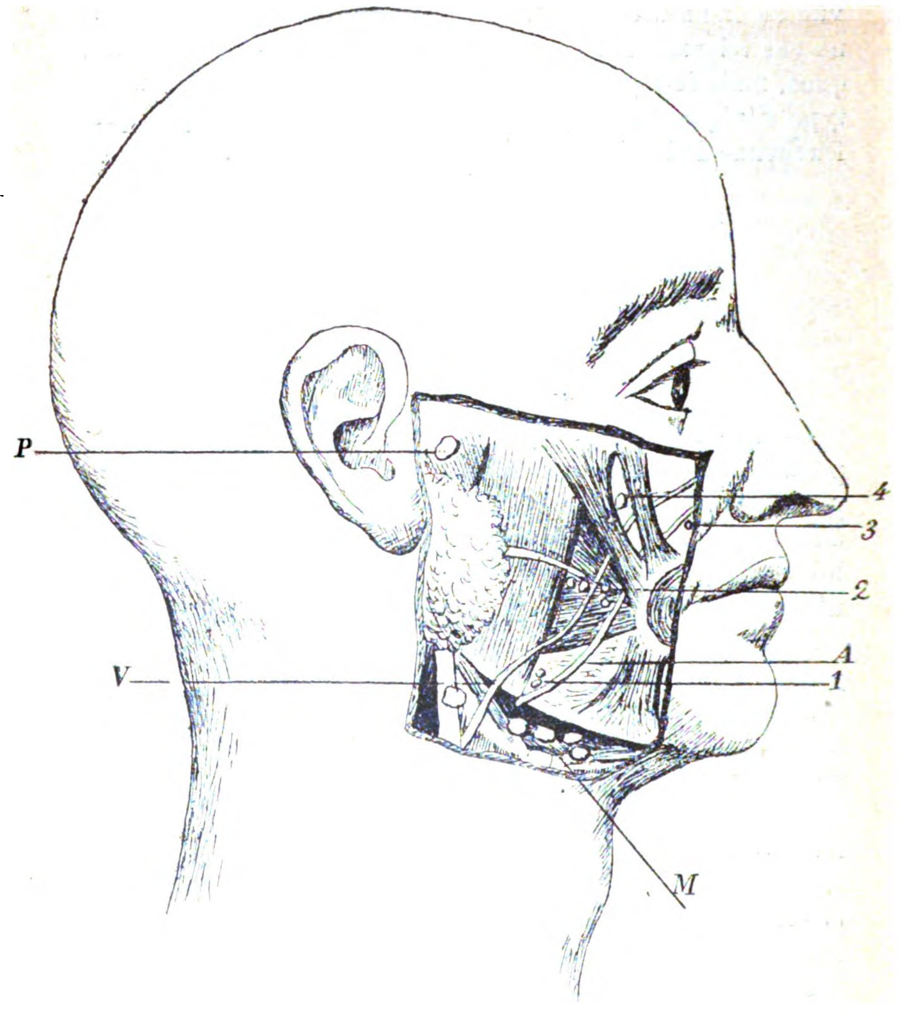


FIG. 1. — *Ganglions normaux de la joue.*

Figure schématique représentant les ganglions géniens normaux, d'après les recherches de MM. A. Poncet, Jaboulay, Debierre et Vigier (1892), Buchbinder, Kuttner et Princeteau (1899).

A, artère faciale; — V, veine faciale; — M, ganglions sous-maxillaires; — P, ganglions préauriculaires.

1. Groupe des *ganglions maxillaires*, généralement au nombre de deux.

2. Groupe des *ganglions buccinateurs* : A) groupe antérieur ou commissural, au nombre de deux, situés entre l'artère et la veine faciale; B) groupe postérieur, à l'embouchure du canal de Sténon, en arrière de la veine, au nombre de deux.

3. *Ganglions naso-géniens*, situés en avant de l'artère faciale, à mi-hauteur, habituellement du sillon naso-génien.

4. *Ganglion malaire* ou *sous-orbitaire*, révélé par la clinique.

Observation I.

Ganglion génien commissural devenu néoplasique.

Joseph M..., 57 ans, cultivateur, se présente à l'Hôtel-Dieu (clinique de M. le professeur Poncet) le 3 juillet 1893, porteur d'une tumeur maligne de la parotide droite, ayant évolué en trois mois, et remplissant complètement la loge parotidienne. Elle s'accompagne d'un chapelet ganglionnaire qui se prolonge le long des vaisseaux du cou, et d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires droit et gauche, enserrant le cou comme un collier. De plus, à droite, en arrière de la commissure labiale, on sent un ganglion du volume d'un pois, qui roule sous le doigt. Il s'agit d'un *ganglion génien commissural* devenu néoplasique. La tumeur était inopérable.

Observation II.

Adénite génienne chronique du groupe buccinateur.

Antoine M..., 16 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Poncet) le 1er juillet, pour une petite tumeur de la joue gauche, qui aurait débuté deux mois auparavant, sans cause connue, et qui est allée sans cesse en augmentant pour devenir bientôt fluctuante. La tumeur a le volume d'une noisette; elle est située à 1 centimètre en arrière de la commissure gauche, à 1 centimètre 1/2 en avant du masséter. Elle adhère à la peau qui est mince et violacée.

Le malade, dont l'état général est excellent, n'a pas d'autres ganglions; pas de périostite alvéolo-dentaire.

Incision, puis curettage de la poche; le malade sort guéri au bout de huit jours.

Observation III.

Ganglion commissural suppuré; adénite génienne infectieuse.

Alexandre L..., 24 ans, sans profession, à la suite de névralgies violentes consécutives à une carie dentaire, vit se développer dans l'épaisseur de la joue gauche, un peu en arrière de la commissure labiale, une tumeur indolore et mobile sous le doigt. La persistance de cette tumeur et la petite déformation qu'elle entraîne, l'amènent à l'hôpital. Une ponction faite avec une seringue de Pravaz donna issue à un peu de pus. Après l'ablation de la dent malade, la tumeur rétrocéda et disparut. (Août 1895).

Observation IV.

Ulcération et fistule tuberculeuses de la joue droite, symptomatique d'une vieille adénite génienne.

Mlle T..., 16 ans, porte depuis douze ans une petite tumeur de la joue droite, à 3 ou 4 centimètres de la commissure qui suppura et laissa un trajet fistuleux persistant encore et s'accompagnant d'adénite sous-maxillaire du même côté. Inutilité du traitement antérieur et prolongé de cette affection pour laquelle divers diagnostics furent posés, en particulier

celui de lupus; il existait en effet une écrouelle cutanée sous-épidermique, de teinte rougeâtre, du volume et des dimensions d'une petite pastille de chocolat. (Octobre 1895.)

A l'examen de la malade, M. Poncet constate des fongosités recouvertes d'une pellicule cicatricielle. Rien du côté des dents ni du maxillaire; pas de signes de kyste branchial suppuré. Petits ganglions sous-maxillaires non douloureux du même côté.



Fig. 2.
Ulcération et fistule tuberculeuses de la joue, symptomatiques d'une vieille adénite génienne.

Opération, 5 octobre 1895. Incision cutanée, évidement à la curette d'une cavité profonde, sous-aponévrotique, remplie de fongosités. Curettage de l'écrouelle cutanée. L'opération démontre à M. Poncet qu'il s'agit d'un ganglion suppuré dont la coque persistante entretient une fistule avec inoculation des bords de celle-ci.

Pansement à plat. La malade part guérie le 3 novembre.

Observation V.

Adénite génienne, massétérine suppurée.

Félicie L..., 14 ans, entre le 3 janvier 1896 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Poncet) pour une ulcération siégeant à la joue droite en avant du masséter. Cette ulcération date de trois mois et succède à une petite

grosseur qui est apparue il y a une année. Au début, mobile sous la peau, elle est devenue peu à peu adhérente, puis s'est ulcérée et a suppurée. L'infection ganglionnaire paraît consécutive à des croûtes et à des ulcérations de la narine. Pas de ganglions sous-maxillaires, ni cervicaux. Bon état général.

Observation VI.

Adénite génienne suppurée.

Jean-Pierre A..., 21 ans, cultivateur, après avoir eu, il y a quelques mois, des ganglions cervicaux engorgés qui disparurent par le traitement général et de la pommade iodurée, porte, 30 juin 1896 (service de M. Poncet), et depuis dix-huit mois, une nodosité en arrière de la commissure labiale droite et saillante du côté de la joue. Cette masse dure, indolente, du volume d'une noisette, a augmenté un peu, puis s'est ramollie. Incisée par un médecin, elle continue à suppurer.

M. Poncet intervient en incisant et râclant la poche à la curette, puis en extirpant la paroi fibreuse qui limite la poche. Suture et réunion par première intention.

Observation VII.

Adéno-phlegmon génien aigu, symptomatique d'une ostéo-périostite dentaire (pseudo-actinomycose, L. Dor.)

Benoît C..., 36 ans, cultivateur, est atteint, au commencement d'avril 1896, de phénomènes généraux fébriles, puis d'une tuméfaction de la joue droite avec douleurs s'irradiant du côté de la tête. La tuméfaction était limitée à un point situé à 3 centimètres en arrière de la commissure labiale droite. Les signes locaux et les symptômes généraux s'améliorèrent à la suite de l'ouverture d'un abcès dans la bouche, mais l'empâtement augmenta bientôt et amena le malade à l'Hôtel-Dieu (service de M. Poncet). A ce moment, 1er mai 1896, il occupe toute la joue droite et a son maximum au niveau de la première grosse molaire. On a très nettement de la fluctuation intra-buccale; l'abcès fait saillie dans la bouche. Il est ouvert d'abord par la voie buccale, puis, comme cela ne suffit pas, par la voie génienne. Il persiste, malgré cela, un trajet fistuleux, aboutissant à une masse dure du volume d'une noix, qui n'est autre qu'un ganglion suppuré. Incision. Curetage.

Enfin, en février, un phlegmon survenu à ce niveau fut largement ouvert. Guérison. L'examen du pus, fait à plusieurs reprises, et l'examen des fongosités a montré à M. Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, l'existence de grains blanchâtres dus à de la pseudo-actinomycose.

Observation VIII.

Adéno-phlegmon génien aigu, d'origine dentaire. Incision. Guérison.

Jules G..., 18 ans, teinturier, à la suite de fluxion dentaire et d'un abcès dentaire au niveau de la deuxième molaire supérieure droite, est atteint d'un œdème considérable de la joue, surtout accentué au niveau

du masséter. La lésion siège dans l'épaisseur de la joue, elle est complètement indépendante du maxillaire et de la muqueuse. Cette adénite phlegmoneuse est incisée et guérit rapidement.

Observation IX.

Adénite génienne tuberculeuse.

Louis V..., 18 ans, sans profession, qui avait subi en 1894, une astragalectomie pour une tuberculose tibio-tarsienne gauche, revient en 1897 pour un engorgement des ganglions du cou. En avant d'eux, sur la joue, il porte une cicatrice d'une intervention faite par M. Figuet (de Vienne) pour un ganglion qui avait évolué lentement, dans les mêmes conditions que ceux que l'on observe actuellement.

Observation X.

Adénite génienne buccinatrice, avec ouverture spontanée au niveau de la commissure labiale gauche. Fistule consécutive.

Rosalie J..., cultivatrice, 22 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Opérée le 27 décembre 1898 par M. le Prof. Poncet pour une adénite génienne (ganglion buccinateur) qui s'était ouverte spontanément au niveau de la commissure labiale. Le siège de cet orifice fistuleux est particulièrement intéressant. La malade venait du service de M. le professeur Lépine, où elle était entrée pour une affection cardiaque.

Observation XI.

Adénite génienne chronique du groupe buccinateur (fig. 3.).

Joseph G..., 18 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 février 1898 pour une tumeur de la joue droite, consécutive à des névralgies dentaires, amenant de la tuméfaction de la région et de la gêne de la mastication.

A l'arrivée du malade, on constate au-dessous de l'os malaire, dans l'épaisseur de la joue, une tumeur du volume d'une amande, fluctuante, complètement indépendante du squelette, mais adhérente à la peau.

L'intervention a montré qu'il s'agissait d'un ganglion suppuré.

Observation XII.

Lymphangiome génien d'origine ganglionnaire. Ablation. Guérison.

Mme D..., 30 ans, est envoyée à la clinique de M. A. Poncet par le Dr L. Dor, le 27 juin 1899, pour une tumeur située dans l'épaisseur de la joue gauche et qui paraît être un ganglion du volume d'une amande. Elle forme une masse unique, à 5 ou 6 millimètres au-dessus du rebord du maxillaire inférieur. Elle est très mobile et fait très aisément saillie sous la muqueuse. Nulle part d'autres ganglions.

L'affection a débuté il y a quatre ans, sans cause apparente.

29 juin : on tente l'ablation par la voie buccale ; les adhérences aux tissus voisins rendant difficile un curettage complet, M. Poncet fait une incision sur la peau de la joue pour extraire la masse facilement et complètement.



FIG. 3

Adénite génienne chronique du groupe buccinateur.

Suites simples.

L'examen de la tumeur, fait par M. L. Dor, a montré qu'elle était constituée par une série de cavités kystiques recouvertes d'un endothélium, et c'est avec un lymphangiome ganglionnaire que la tumeur présentait, d'après lui, le plus d'analogies.

Observation XIII.

Adénite génienne suppurée, très probablement d'origine dentaire chez une femme de 26 ans et datant de trois mois. (Fig. 4.)



Fig. 4.
Adénite génienne (ganglion maxillaire appartenant au groupe maxillaire inférieur).

Voici d'autre part les six observations que nous devons à l'obligeance de M. Vigier :

Observation I.

Double adénite génienne malaire. (Dr Vigier.)

Aicha B..., de la tribu des Djebalias (Tunisie), présente (janvier 1896), immédiatement au-dessous de l'os malaire, faisant saillie sous la peau, de petites tumeurs du volume d'un pois : trois sont placées à gauche et deux à droite. Leur indolence, leur consistance et leur connexion avec des ganglions préauriculaires, fit porter le diagnostic de ganglions géniens, probablement consécutifs à un tatouage laborieux et compliqué

subi par la jeune Arabe quelques semaines auparavant. La malade, non opérée, fut perdue de vue.

OBSERVATION II.

Adénite génienne d'origine dentaire (Dr Vigier).

(Février 1897). Le Dr C..., 29 ans, à la suite de violentes crises d'odontalgie dues à la carie de la première grosse molaire gauche, présenta dans la joue un ganglion du volume d'un pois, indolore, qui grossit progressivement. Pas d'autres lésions ganglionnaires; pas d'intervention.

OBSERVATION III.

Adénite génienne chronique double (Dr Vigier).

(Février 1897). Le Dr S..., 32 ans, porte depuis quelques années et sans cause appréciable, dans l'épaisseur de chaque joue, un ganglion en avant des masséter au-dessous de l'os malaire. Il n'a jamais eu ni réaction inflammatoire, ni engorgement ganglionnaire de voisinage.

OBSERVATION IV.

Adénite génienne dans le cours d'une diphtérie (Dr Vigier).

(Mars 1897). D..., 23 ans, est atteint d'angine diphtéritique avec fausses membranes sur l'amygdale gauche et les piliers pharyngiens (bacilles de Löffler). Monoadénite dans la joue gauche et adénite sous-maxillaire correspondante. Deux injections de sérum antidiphtéritique améliorent l'angine, font disparaître le ganglion génien.

OBSERVATION V.

Adénite génienne d'origine ourlienne (Dr Vigier).

(Avril 1897). X..., 20 ans, traité pour oreillons (parotidite double), sent apparaître du côté droit et à 3 centimètres au-dessus du bord du maxillaire inférieur, en avant du masséter, une petite tumeur qui roule sous le doigt. Ce ganglion coïncide avec le côté où la tuméfaction ourlienne est plus accusée. Adénite sous-maxillaire double.

Au bout de trois à quatre jours, diminution très notable de la tuméfaction ourlienne et disparition complète de l'adénite de Poncet.

OBSERVATION VI.

Adénite génienne dans le cours d'un érysipèle (Dr Vigier).

(Avril 1897). Z..., 22 ans. Au cours d'un érysipèle de la face qui a débuté par l'angle interne de l'œil droit, apparition d'une monoadénite de Poncet au-dessous de l'orbite droit. Le ganglion est sensible à la pression, son maximum de développement est celui d'un pois. La disparition suit de très près la guérison de l'érysipèle.

Ces différentes observations, venant s'ajouter aux cas publiés antérieurement par Vigier et Albertin, puis plus récemment par Capette-Laplène, U. Buchbinder et Küttner, nous montrent que les lésions ganglionnaires des joues sont loin d'être rares.

L'affection est le plus souvent monoganglionnaire, et l'on ne retrouve pas ici ces chapelets engorgés qui existent au cou. Elle est la plupart du temps d'origine dentaire, et c'est à la suite de caries des dents supérieures qu'elle apparaît ordinairement. Des dents de la mâchoire inférieure partent, en effet, des lymphatiques qui aboutissent sur la ligne médiane aux ganglions sus-hyoïdiens, et latéralement aux ganglions sous-maxillaires, laissant de côté les ganglions géniens.

L'affection le plus souvent chronique revêt parfois l'allure d'un adéno-phlegmon infectieux aigu.

L'infection banale, à moins qu'elle ne soit intense (érysipèle) ou prolongée (tatouage), retentit rarement sur ces organes, et après les lésions dentaires, c'est la tuberculose qui se rencontre le plus fréquemment dans l'étiologie de cette lésion. La tuberculose peut se localiser un instant aux ganglions géniens ; rapidement elle franchit cette barrière pour retentir sur les ganglions du cou.

L'origine ourlienne de l'affection est rare ; à côté du cas que nous devons à la bienveillance de M. Vigier, signalons la communication faite le 13 octobre 1893 par le Dr Catrin à la Société médicale des hôpitaux de Paris au sujet de l'adénite de Poncet dans les oreillons.

Les adénites néoplasiques sont ordinairement consécutives à un néoplasme du nez ou de la lèvre supérieure. Les lésions primitives des ganglions, analogues à l'observation de lymphangiome (L. Dor) que nous rapportons, sont à l'heure actuelle des plus rares.

Quant au siège de l'adénite, nous voyons qu'il s'agit ordinairement de ganglions buccinateurs, dont l'infection est de beaucoup plus fréquente que celle des autres groupes ganglionnaires.

Ces diverses observations confirment les recherches cliniques antérieures, elles montrent la fréquence relative des adénites géniennes.

Il suffit, du reste, de jeter un coup d'œil sur la planche qui représente les ganglions normaux de la joue, pour comprendre qu'ils peuvent s'enflammer, dégénérer, au même titre que tous les autres ganglions ; que les ganglions sous-maxillaires, carotidiens, par exemple.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 28 mai 1900. — Présidence de M. Horand.

A l'occasion du procès-verbal, M. Rigal, médecin principal chef de l'hôpital militaire Villemanzy, fait la communication suivante :

Permettez-moi de compléter en les précisant les faits dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir à la dernière séance au sujet de la prophylaxie de la variole dans l'armée.

A cet effet, j'ai fait établir une courbe qui met en évidence le déclin de cette affection dans la période comprise de 1875 à 1897. Elle vous montre que de 1050 cas constatés en 1877, le chiffre s'en est progressivement abaissé à 60, et que d'une façon parallèle le nombre des décès de 77 en 1875 a été réduit à 1 en 1897.

L'amélioration s'est donc poursuivie d'une façon régulière, s'affirmant par des résultats précis, et l'on peut déclarer que cette affection est appelée à disparaître définitivement de l'armée, car c'est à peine si on en constate disséminés quelques cas sur l'ensemble du territoire, et dans cette circonstance particulière, l'affection perd tout caractère épidémique et se montre sans gravité; l'éruption le plus souvent est fruste et ne se révèle que sous la forme la plus atténuée.

Alors que nous sommes entourés de foyers épidémiques disséminés sur l'ensemble de la population, comme nous le sommes présentement à Lyon, partout nous voyons l'armée préservée des atteintes du fléau ; ces résultats nous les devons aux mesures prises de vaccination et de revaccination ; c'est à l'organisation et au mode de fonctionnement de ce service que l'armée doit d'avoir pu échapper aux ravages sérieux que n'aurait pas manqué de produire le mouvement considérable d'hommes appelés sous les drapeaux par suite de l'application de la loi de 1872. Depuis longtemps déjà l'armée a fait complète et irréfutable la démonstration de cette vérité.

Primitivement les vaccinations étaient faites avec du vaccin de provenances diverses, vaccin d'enfant ou d'adulte, chacun s'ingéniant à s'en procurer une quantité suffisante, le meilleur possible, aux conditions de prix les plus avantageuses.

Une décision du 21 novembre 1888, complétée depuis par une notice insérée dans le règlement sur le Service de santé dans l'armée, règle l'organisation générale du service de la vaccine en instituant cinq centres vaccinogènes, dont un à l'hôpital militaire Desgenettes ayant pour mission d'entretenir une source constante de vaccin animal sous forme de pulpe glycérinée. Les vaccinations sont pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, exclusivement par piqure, à l'aide de la lancette ou du vaccinostyle du médecin principal Mareschal. Les divers accidents autrefois constatés ont disparu, et l'éruption vaccinale ne nécessite plus qu'un petit nombre d'exemptions journalières, totales ou partielles de service.

Les médecins militaires sont tenus de:

1° Vacciner ou de revacciner tous les jeunes soldats dès leur arrivée;

2° De renouveler l'opération sur les hommes des contingents antérieurs chez lesquels l'inoculation est restée stérile.

3° De vacciner ou revacciner tous les hommes de la réserve, territoriale, à l'occasion des périodes d'exercices.

4° De soumettre à la revaccination, en temps d'épidémies varioliques, tous les hommes chez lesquels l'opération est demeurée stérile.

Ces opérations sont rigoureusement exécutées, et malgré le peu de temps dont disposent les territoriaux pour leur instruction militaire, tous sont néanmoins soumis à cette pratique bienfaisante.

Depuis 1872, les opérations de vaccination et revaccination se sont progressivement développées en rapport avec l'accroissement des effectifs. De 170.000 au début, elles ont porté en 1897, dernier chiffre fourni par la statistique officielle, sur 578.000 individus.

Les résultats sont enregistrés conformément à un tableau que nous avons dressé et répartis suivant les diverses catégories des sujets soumis à l'inoculation. Ce tableau semble indiquer que près de 5.000 hommes n'avaient pas été soumis à la revaccination au moment de leur incorporation; or cette première vaccination ne donne que 60 °/₀ de succès. Le nombre relativement élevé d'insuccès doit être attribué à ce fait que les hommes sur lesquels les cicatrices ne sont pas nettement apparentes sont classés parmi ceux qui n'ont pas été vaccinés avant leur arrivée au corps. Il semble donc qu'il est possible de réduire le nombre de 5.000, d'un tiers environ, ce qui porte encore le nombre des sujets incorporés non vaccinés à 1.600 disséminant par importation sur l'ensemble de l'armée les foyers de culture dont il importe de la préserver.

Les premières revaccinations fournissent en chiffres ronds 41 °/₀ de succès et les revaccinations 14 °/₀.

Il est à remarquer que sur les variolés on obtient pour les jeunes soldats 43 °/₀ de succès, et chez les réservistes 21 °/₀. Ces chiffres élevés sont un témoignage en faveur de la loi générale connue que la variole ne crée pas d'immunité permanente.

De tels faits sur lesquels j'avais déjà en 1890 appelé l'attention dans un compte-rendu des vaccinations et revaccinations dans le 13e corps d'armée, sont pour tous un enseignement, notamment pour les pouvoirs publics, hésitant à rendre obligatoire une mesure réunissant le double avantage de succès incontestés et d'innocuité absolue. Cette opinion reçoit un surcroît de valeur de l'intéressante et si opportune communication de M. le professeur Lortet qui vient de remettre si justement en relief les dangers qui résultent de la permanence de la variole à Lyon, et insiste avec raison sur les seuls moyens d'y mettre un terme : la vaccination obligatoire.

Je terminerai en disant que l'armée, en rendant hommage à la vérité scientifique, a sagement devancé l'heure où les pouvoirs publics reconnaîtront la nécessité d'une sanction légale à une pratique médicale qui a fait ses preuves en sauvegardant sans péril tant d'existences.

ECTASIE AORTIQUE; EMBOLIE PROTUBÉRANTIELLE.

M. Duplant présente un malade de la clinique de M. le Prof. Lépine présentant le syndrome suivant : *Hémiplégie gauche ancienne ayant respecté la face; paralysie faciale gauche (facial sup. et inf.) récente; hémianesthésie droite intéressant la tête et les membres.*

Le malade, âgé de 30 ans, ne présente rien dans ses antécédents qui puisse expliquer les symptômes constatés chez lui. La première paralysie intéressant les membres du côté gauche fut consécutive à une attaque survenue en mars l'an dernier. Il ne lui reste actuellement qu'un peu de contracture.

La deuxième attaque, survenue en mai 1900, s'accompagna de vertiges et de vomissements incessants. A son entrée à la clinique on constate chez lui : 1° une *hémiplégie gauche* ancienne avec contracture ; 2° une *hémianesthésie droite* intéressant surtout la partie douloureuse localisée à la moitié droite de la face et à la moitié droite du corps tout entier; 3° une *paralysie faciale gauche* contemporaine de l'hémianesthésie et portant sur tout le territoire du facial, avec paralysie du voile du palais à gauche.

Il existe en outre une anesthésie gustative dans la moitié droite de la langue gauche.

Le malade est porteur d'une ectasie de la crosse aortique; cette dernière dépasse la fourchette sternale d'un travers de doigt environ.

Les urines contiennent un disque assez épais d'albumine.

L'intérêt de ce cas réside dans l'existence du syndrome paralysie faciale totale gauche et hémianesthésie complète du côté droit (tête, membres et tronc).

I. Il est fort probable que le malade a été atteint de deux embolies. La première (en mars 1899) causa l'hémiplégie gauche par oblitération d'une artère du cortex cérébral; les centres de la face ont été respectés.

La deuxième (en mai 1900) a déterminé le syndrome hémianesthésie droite et paralysie faciale gauche. Nous reviendrons sur sa localisation.

Il est possible que l'aortite, qui a causé l'ectasie de l'artère, a été le point de départ de ces embolies.

II. Il est impossible de localiser la lésion provoquée par la deuxième embolie ailleurs que dans la protubérance annulaire. L'hémianesthésie droite est due à la section des fibres du Ruban de Reil dans sa partie gauche ; la paralysie faciale gauche doit être expliquée par ce fait que le ramollissement de la protubérance a atteint les noyaux d'origine du facial qui sont situés près du Ruban de Reil. L'intégrité des noyaux du trijumeau explique l'absence de troubles de sensibilité à gauche.

III. Nous ferons remarquer, à propos de ce cas : 1° qu'une lésion protubérantielle intéressant les noyaux du facial peut déterminer une paralysie du facial supérieur et du facial inférieur, ce qui infirmerait l'opinion de Mendel localisant le facial supérieur à l'extrémité inférieure du noyau du moteur oculaire commun, et confirme celle de Marinesco, indiquant que les noyaux du facial dans la protubérance contiennent les cellules d'origine de toutes les fibres à nerf ; 2° que ces noyaux envoient des filets moteurs au voile du palais ; 3° que des fibres de sensibilité gustative sont contenues dans le Ruban de Reil protubérantiel et s'entrecroisent plus bas comme les fibres de sensibilité générale ; 4° qu'il existe probablement une communauté d'irrigation artérielle entre le Ruban de Reil et les noyaux de la 7e paire.

DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES CHEZ LES DIABÉTIQUES.

M. Lépine rappelle que deux opinions différentes ont régné parmi les médecins et chirurgiens, d'abord celle que les diabétiques étaient de véritables *noli me tangere ;* puis, après l'avènement de l'ère de l'asepsie, celle que l'on pouvait au contraire entreprendre chez les diabétiques les grandes opérations, presque avec autant de chance de succès que chez les non diabétiques. Il est certain que l'asepsie met à l'abri de graves complications ; mais il ne faut pas se laisser entraîner à trop d'optimisme : les grandes opérations sont réellement fort graves, au moins chez *certains* diabétiques.

Tout d'abord, il faut compter avec l'anesthésie : l'anesthésie, surtout par le chloroforme, peut entraîner des accidents, sinon immédiats, au moins dans les heures et les jours consécutifs, par la dépression du système nerveux. Puis il y

a le choc opératoire qui, chez certains sujets nerveux, peut amener un véritable diabète aigu. M. Lépine en a observé un cas : chez un sujet présentant un diabète d'intensité plutôt faible, *sans acétonurie*, il a constaté aussitôt après une amputation de jambe une polyurie et une glycosurie progressives, de l'acétonurie rapidement croissante et la mort huit jours environ après l'opération. Le moignon ne présentait rien de particulier, sauf un aspect blafard.

Comment expliquer ce résultat ? M. Lépine croit que chez certains sujets nerveux le choc opératoire agit comme la piqûre du 4e ventricule, peut-être même d'une manière plus complète encore, car la piqûre du 4e ventricule amène surtout la zoamylie et l'inhibition des tissus, mais pas d'acétonurie, laquelle a été plutôt observée après l'extirpation du plexus cœliaque (Lustig), et, en général, après tout grand traumatisme.

D'après les idées actuelles, l'acétonurie résulte d'une désassimilation spéciale de la graisse, de sorte que le *choc* produit à la fois : 1° la diminution de la glycolyse en agissant sur le pancréas, et aussi sur les tissus, comme le prouve une expérience de M. Kaufmann, et 2° la dénutrition du tissu adipeux.

En terminant, M. Lépine insiste sur le fait qu'il n'y a pas de corrélation rigoureuse entre la continuité de la glycosurie et le danger auquel une grande opération expose le diabétique. Il pense que le système nerveux joue en cette occasion le principal rôle.

M. Grandclément opère un grand nombre de cataractes chez des diabétiques. Le diabète n'est jamais pour lui une contre-indication, et, de fait, il n'a jamais eu un accident à déplorer. Il est vrai qu'il prend les précautions suivantes : pendant un mois avant l'opération, le malade prend de 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour ; les cinq derniers jours, on lui administre quotidiennement 5 grammes d'antipyrine. Enfin l'œil qui doit être opéré subit une véritable lessive avec la solution de cyanure de mercure à 0,75/1000. M. Grandclément ne peut dire quelle valeur il faut accorder à l'acétonurie : il n'a jamais opéré de diabétiques acétonuriques.

M. Poncet pense que si le diabète n'est plus une contre-indication absolue, on ne doit point perdre de vue que certains diabétiques supportent très mal l'acte opératoire, cela est surtout vrai pour l'anthrax. Aussi M. Poncet se refuse-t-il généralement à pratiquer de larges débridements

et des cautérisations au thermo-cautère dans les anthrax diabétiques. Il estime qu'il vaut mieux ne pas y toucher.

M. Poncet n'observe pas la même réserve vis-à-vis des gangrènes des extrémités; là il n'hésite pas à pratiquer des amputations; mais celles-ci doivent être faites très rapidement, et bien au-delà des limites du mal. La plaie opératoire doit rester largement ouverte, sans drains ni sutures. En procédant ainsi on évite le choc opératoire et l'on peut avoir des succès surprenants. M. Poncet a pratiqué une amputation de cuisse dans ces conditions, chez un diabétique dont l'état paraissait désespéré; il était atteint d'une gangrène diffuse de la jambe et avait, au moment de l'intervention, une température de 40°,6. Tout se passa bien et les suites furent simples.

M. Lépine approuve les précautions prises par M. Poncet ayant pour but de traumatiser le moins possible les tissus. Cela est très rationnel, car chez les diabétiques les tissus résistent mal. On a dit que c'était parce que ceux-ci étaient imprégnés de sucre. Cela n'est peut-être pas tout à fait exact, et M. Nicolas a fait à ce point de vue des expériences qui lui ont donné des résultats contradictoires. Il est peut-être plus exact de dire, au moins pour certains cas, que le diabète existe précisément parce que les tissus n'ont pas une énergie vitale normale.

M. Lépine remercie M. Poncet des renseignements très intéressants qu'il vient de fournir; mais voudrait savoir si l'état nerveux de certains diabétiques n'est pas pour lui une contre-indication opératoire. M. Lépine appelle tout particulièrement l'attention des chirurgiens sur ce point.

M. Poncet croit que la nervosité du malade doit être prise en considération, non seulement en vue de l'opération elle-même, mais en vue de l'anesthésie. Celle-ci est capable à elle seule de déterminer des troubles nerveux très graves.

M. Lépine pense que l'éther doit être préféré au chloroforme, ce dernier agent étant connu pour déterminer des troubles considérables de dénutrition (thèse de Guérin).

M. Soulier conclut des paroles de M. Poncet que l'anesthésie locale, lorsqu'elle est possible, comme dans l'anthrax par exemple, devra toujours être préférée à l'anesthésie générale.

M. Poncet n'oserait pas dans ces cas préconiser la cocaïne en tant qu'anesthésique local; il donnerait la préférence au chlorure de méthyle.

M. Grandclément croit qu'on ne doit manier la cocaïne qu'avec la plus grande réserve. Certains sujets sont à l'égard de cet agent d'une susceptibilité effrayante.

Heureusement, une nouvelle substance, la coïne, vient de remplacer avec avantage la cocaïne; elle est tout aussi active et ne paraît offrir aucun danger. M. Grandclément l'emploie couramment depuis deux mois et ne peut que s'en féliciter.

M. Dor fils emploie aussi la coïne et partage absolument l'opinion de M. Grandclément sur l'action remarquable de ce nouvel agent thérapeutique et sur son innocuité.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 2 mai 1900. — Présidence de M. Vallas.

TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE ; PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE.

M. Adenot présente une pièce anatomique qu'il a enlevée, il y a quelques jours, chez un homme de 56 ans. Il s'agit, croit-il, d'une tumeur maligne de la prostate, et l'examen histologique qui sera pratiqué nous renseignera d'une façon plus précise sur ce point. Quoi qu'il en soit, et bien que le diagnostic de tumeur maligne de la prostate fût posé, plusieurs raisons légitimaient une intervention. D'abord le jeune âge relatif du malade qui a 56 ans et demi. En outre l'examen soigné n'a pas révélé d'envahissement ganglionnaire, soit dans la région du petit bassin, soit dans les fosses iliaques. La tumeur paraissait donc bien limitée et offrait le volume d'une grosse mandarine. Son développement se faisait surtout du côté du rectum provoquant des symptômes de compression évidents. Le malade commençait à souffrir sérieusement depuis trois ou quatre mois environ.

Dans ces derniers temps les souffrances étaient épouvantables. Les premiers symptômes semblent être apparu il y a deux ans sous la forme d'une petite hématurie, très passagère, qui ne fut pendant de longs mois suivie d'aucune autre complication.

Bien que la tumeur fût limitée, sans généralisation apparente, cette hématurie un peu ancienne ne permet pas par conséquent d'avoir grand espoir sur le résultat ultérieur de notre intervention.

De plus les douleurs irradiées s'étaient très sensiblement accentuées à la suite de l'examen rectal minutieux que nous avions dû pratiquer quelques jours avant l'opération. En outre les hématuries se sont accusées. Qu'il y ait là une simple coïncidence ou bien une relation de cause à effet, il faut en tenir compte dans le pronostic qui doit être réservé.

La prostatectomie paraît être plus favorablement accueillie

dans ces dernières années en France, bien qu'elle soit pratiquée infiniment moins souvent qu'à l'étranger. Les statistiques récentes de Desnos et Pousson sont encourageantes.

Enfin les dernières recherches de MM. Albarran et Motz, qui montrent que l'hypertrophie de la prostate n'est souvent qu'une forme de début de véritables tumeurs épithéliales à types divers, tendraient à faire accepter l'opération d'une manière plus fréquente et surtout d'une manière plus précoce.

Quelle voie faut-il choisir pour aborder la tumeur de la prostate? Nous pensons qu'il faut être éclectique. Les tumeurs à développement intra-vésical auront tout avantage à être enlevées après une cystostomie préalable. Lorsqu'il y a des symptômes vésicaux l'hésitation sera encore bien moindre.

Il est donc démontré aujourd'hui qu'on peut par la voie hypogastrique enlever la prostate complètement. Mais dans ces cas, comme dans celui auquel nous faisons allusion, et dans lequel la tumeur avait un développement probablement exclusivement inférieur, la voie périnéale s'impose.

Nous avons suivi le procédé de MM. Quénu et Baudet, c'est-à-dire que nous avons abordé la prostate en sectionnant les faisceaux moyens et antérieurs du releveur de l'anus, en décollant l'espace prérectal. Après avoir ensuite sectionné la capsule de la prostate nous avons extirpé toute la glande, soit avec le doigt, soit avec des ciseaux courbes. Cette énucléation digitale a été relativement simple. L'urètre a été ménagé complètement.

La cavité évidée avait à peu près le volume d'un citron. Puis nous avons suturé les divers plans du périnée et laissé un drain en avant du rectum.

Les suites ont été très simples depuis que le malade est opéré.

Il a uriné spontanément dès le lendemain, et s'il ne l'a pas fait les premiers jours, c'est qu'il a tenu à se sonder lui-même avec une sonde molle. Les urines qui étaient très sanglantes les derniers jours qui ont *précédé* l'opération, et surtout à la suite de l'exploration du rectum, redeviennent normales. Depuis l'opération les hématuries ont complètement disparu.

P. S. — L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur maligne d'origine épithéliale.

Les hématuries n'ont pas reparu. Les douleurs irradiées ont diminué dans une très grande proportion.

Mais le malade, opéré depuis un mois et demi environ, se cachectise sensiblement.

M. VALLAS. Comment peut-on expliquer les hématuries ?

M. ADENOT. La réponse est difficile. Il est probable qu'il existe une lésion vésicale.

M. VALLAS. Dans ce cas, il semble qu'il s'agisse d'une hypertrophie de la prostate, avec noyau énucléable, s'accompagnant d'une congestion vésicale.

Séance du 9 mai.

M. JOSSERAND fait une communication sur un cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez une jeune femme. (Voir page 217.)

M. PIC, à propos de ce cas, déclare que l'observation, sans doute unique, est très intéressante par la connaissance pathogénique exacte de la myopathie, chose rarement bien observée.

ADÉNITES GÉNIENNES NÉOPLASIQUES.

M. BÉRARD présente une malade opérée il y a vingt ans d'une tumeur probablement épithéliomateuse de l'aile du nez; neuf ans après gros fibrome opéré chez M. le professeur Laroyenne, extirpation complète impossible. La malade entre, il y a deux mois, dans le service de M. le Prof. Poncet pour une ulcération de la langue qui guérit après l'ablation d'un chicot dentaire de voisinage. La malade est revenue il y a deux jours avec deux petites tumeurs dures, mobiles sous la peau et situées vers le malaire gauche près de l'orbite. Ces tumeurs ont augmenté à la suite d'une chute sur la région. M. Bérard pense à des adénites probablement cancéreuses ensemencées il y a vingt ans et développées à l'occasion d'un traumatisme. L'examen histologique, après ablation, tranchera la question.

Ce sont des ganglions, non pas géniens à proprement parler, mais plutôt orbito-malaires; il semble que ce soit la première fois qu'on en trouve en ce point.



GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE PAR LE BOUTON DE VILLARD ; GUÉRISON.

M. Patel, au nom de M. Jaboulay, présente une femme de 34 ans qui avait depuis dix-huit mois des signes de sténose pylorique complète ; les vomissements étaient abondants, la malade vomissait à peu près tout ce qu'elle prenait. Arrivée à l'hôpital dans cet état, on lui pratiqua une gastro-entérostomie ; l'opération fut des plus simples; cependant quelques jours après, quelques vomissements bilieux apparurent et qui cessèrent bientôt. Actuellement, trois semaines après l'opération, les signes de sténose ont cédé, et la guérison opératoire peut être considérée comme complète.

Au sujet de la gastro-entérostomie au moyen du bouton de Villard, M. Patel rapporte huit opérations semblables qui ont été pratiquées par M. Jaboulay dans le courant du semestre d'hiver 1899-1900. Il s'agissait dans toutes de sténose pylorique ; le bouton de Villard a été employé chaque fois, et jamais il n'y a eu d'accident du côté des sutures ; les huit opérés ont guéri.

Le procédé par le bouton de Villard offre l'immense avantage, par sa simplicité, de réduire considérablement la durée de l'opération, ce qui est à considérer, car le plus souvent on opère des malades déjà affaiblis.

Guinard (thèse de Paris, 1897-1898) cite plusieurs statistiques, notamment celle de Graff, qui, sur 25 cas d'opérations gastro-intestinales avec bouton de Murphy, n'eut pas un seul décès imputable au bouton ; cependant onze des opérés moururent deux mois après d'affections différentes ; il semble que ce soit surtout dans les cas où l'on fait une anastomose terminale, anastomose du duodénum avec l'estomac, après résection du pylore, par exemple.

Dans les anastomoses de la face postérieure de l'estomac avec la portion initiale du jéjunum, ces accidents, encore peu connus du reste, semblent être très rares.

Un inconvénient que peut présenter l'anastomose ainsi pratiquée, c'est que les boutons sont rarement éliminés ; le plus souvent ils tombent dans l'estomac et peuvent provoquer des accidents d'occlusion ; ils sont cependant rares.

On peut dire que le bouton anastomotique semble présen-

ter une grande sécurité au point de vue de la réunion des parties viscérales ; Kummel (Congrès allemand, 1898) l'a employé avec succès ; Carle, Czerny ont vu la mortalité s'abaisser de 12 °/₀ dans les gastro-entérostomies ; Kocher et Roux eux-mêmes l'ont employé dans quelques cas. La gastro-entérostomie devient ainsi une opération d'urgence et peut être pratiquée assez rapidement pour ne pas affaiblir l'état général du malade.

SUR LE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA DIPHTÉRIE (PROCÉDÉ DE NEISSER) ET SUR LA FRÉQUENCE DU BACILLE PSEUDO-DIPHTÉRIQUE.

M. LESIEUR présente une préparation de bacilles diphtériques colorés avec leurs granulations polaires, d'après le procédé de Neisser. Il résume la technique de ce procédé conseillé pour la différenciation rapide du bacille de Löffler et du pseudo-diphtérique. On ne peut se prononcer encore sur la valeur de cette méthode, mais il serait très utile pour le clinicien de posséder un moyen de diagnose rapide, absolument sûr, car le bacille pseudo-diphtérique peut exister dans la gorge et surtout dans le nez en dehors de toute manifestation pathologique et prêter à confusion dans les cas d'angine.

La fréquence de ce bacille est très variable suivant les statistiques. M. Lesieur donne plusieurs statistiques personnelles recueillies dans divers services des hôpitaux de Lyon, et qui seront publiées. Des recherches sont poursuivies au laboratoire de M. le professeur Arloing sur la valeur de la méthode de Neisser et sur les rapports du bacille de Löffler avec le pseudo-diphtérique. Ces recherches seront communiquées ultérieurement.

M. JOSSERAND, à propos de la communication de M. Lesieur, constate pareil fait et signale trois cas de diphtérie sans fausses membranes avec jetage nasal intense et bacilles diphtériques dans le mucus nasal. Peut-être le pseudo-bacille se transforme-t-il en bacille virulent?

M. LESIEUR constate que la question est à l'étude.

Le Secrétaire annuel, Dr SARGNON.

REVUE DES LIVRES

Farmacopea nacional argentina.

Buenos Aires, 1898, grand in-8 de 780 pages.

Nous avons parcouru avec le plus grand intérêt l'œuvre de la Commission argentine, présidée par notre savant ami del Arca, professeur de clinique médicale et doyen de la Faculté de médecine de Buenos Aires.

Jusqu'à ce jour, nos confrères de La Plata ne connaissaient que notre Codex ; nous comprenons très bien qu'ils aient voulu s'affranchir de cette tutelle, étant donné surtout que notre pharmacopée de 1884 tarde par trop à se rajeunir. Je suis obligé de reconnaître que les rôles sont aujourd'hui renversés, en ce sens que de ce nouveau Codex éclectique, nous aurions aujourd'hui plus à recevoir que nous ne lui avons donné.

L'ouvrage est magnifiquement édité. J'y ai retrouvé une vieille connaissance (1), un galactagogue, le *Tasi* (Asclépiadées) ou *Morrenia*. Tout le végétal peut être employé en décoction à 15 °/₀₀, mais les feuilles et la racine doivent être préférées ; 200 gr. en 24 heures ; deux cuillerées à bouche toutes les deux ou trois heures.

De par cet exemple le lecteur doit conclure que sont données pour chaque médicament non seulement les indications thérapeutiques, mais encore les doses quotidiennes et séparées. Si notre pharmacopée faisait de même, elle ne serait pas achetée seulement par nos pharmaciens.

Très sincèrement, je désire que les membres quelque peu actifs, chargés de rédiger notre nouveau Codex, fassent la connaissance de ce puîné argentin, dont le cœur ignore l'ingratitude latine.

H. S.

REVUE DES JOURNAUX

Sur les rapports des érosions et des exulcérations avec l'ulcère rond, par le prof. Gluzinski. — Depuis 1887 jusqu'en 1899, le prof. Browicz a pratiqué à

(1) *Lyon Médical*, 1892, t. 70, p. 371.

Cracovie 11.298 autopsies et a trouvé 61 érosions ou exulcérations. Le plus souvent il s'agissait de troubles circulatoires divers, soit locaux (cirrhoses du foie), soit généraux (lésions valvulaires, artériosclérose, affections des voies respiratoires, tuberculose, plus rarement pneumonie fibrineuse, fièvre typhoïde, septicémie, tuberculose miliaire). Quelques cas se rapportent à la maladie de Werlhof et aux traumatismes.

L'auteur a pu constater sur le même estomac toutes les formes de passage entre la simple érosion et l'ulcère rond. A son avis, le point de départ de l'ulcère est dans l'érosion d'origine traumatique, ou chimique, ou vasculaire, etc. Le sort ultérieur de l'érosion dépend de la composition chimique du contenu gastrique. La guérison des érosions est surtout entravée par l'hypersécrétion qui accompagne le plus souvent l'ulcère rond.

Parmi les causes provocatrices de l'érosion, il faut noter :

1° Les traumatismes mécaniques et chimiques (fautes de régime, vomissements, abus de mets excitants, alcoolisme) ;

2° Les troubles généraux qui vicient la composition du sang et engendrent des lésions vasculaires (chlorose, maladie de Werlhof) ;

3° Les troubles de la circulation locale (dans le domaine de la veine porte) et générale, surtout accompagnées des altérations vasculaires (maladies du cœur, du poumon, des artères, syphilis artérielle) ;

4° Les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie, septicémie) ;

5° Les traumatismes extérieurs. L'état des tissus joue également un rôle.

Il est intéressant de remarquer que les érosions et les exulcérations se rencontraient le plus souvent à d'autres régions que l'ulcère rond, à savoir dans la région pylorique. Le tableau clinique de l'érosion simple et de l'ulcère rond est le même et rien ne distingue les symptômes de l'un de ceux de l'autre, sauf peut-être l'intensité de ces symptômes. Il n'y a donc entre l'érosion et l'ulcère qu'une différence de degré. (*Travaux de clinique médicale de l'Université de Lemberg, sous la direction du prof. Gluzinski*, t. II.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE.

Allocution de M. E. Chappet, président.

Messieurs et chers collègues,

Le Bureau de votre Association vient, suivant l'usage, vous faire l'historique de l'année écoulée, vous dire comment il a accompli son mandat avec la collaboration dévouée des membres de la Commission générale et de ceux de notre Conseil judiciaire.

J'adresse aux uns et aux autres le témoignage de notre gratitude avec la ferme assurance que vous partagerez nos sentiments à leur égard après avoir entendu les rapports qui vont vous être présentés. Mais avant d'aller plus loin, félicitons maître Rougier de sa promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur. Parmi les titres nombreux qui lui ont valu cette distinction tardive n'oublions pas la collaboration intelligente et désintéressée qu'il n'a cessé de nous apporter depuis près d'un demi-siècle.

Le nombre de nos associés s'est un peu élevé depuis l'année dernière : de 269 il passe à 272, augmentation que nous voudrions voir beaucoup plus grande, car d'après le guide Rosenwald, le département du Rhône compterait 435 docteurs, dont 332 habitant Lyon.

Nous avons admis, pendant cet exercice, huit membres nouveaux, sur l'acceptation desquels vous aurez à vous prononcer tout à l'heure ; ce sont : MM. Cros (de Pierre-Bénite), Alba (de Cublize), Lestra (de Lyon-Vaise), Vidal (de Saint-Vincent-de-Reims), Fléchet (de Fontaine-sur-Saône), Nové-Josserand (Adrien) (de Tarare), Audemard (de Lyon), Chaix (de Bourgoin).

Plus heureux l'année dernière, nous avions seize nouveaux sociétaires à vous présenter et un seul décès à déplorer. Cette année nous en avons trois ; en y ajoutant deux démissionnaires pour cause de changement de résidence, celles de MM. Bonne et Linossier, nos pertes s'élèvent à cinq unités en regard de huit admissions.

Donnons un souvenir à ceux que la mort a séparés de nous.

Le docteur Lacuire commença ses études dans notre École, il y a plus de cinquante ans, pour les terminer à Paris où il fut interne provisoire. Devenu médecin de l'hospice des aliénés de Bourg, il en sortit après d'assez longs services à la suite d'évènements douloureux dont je ne veux pas vous retracer l'histoire et que la mort de son fils vint cruellement aggraver. Lacuire supporta ces catastrophes avec une résignation toute chrétienne et vint se fixer à Lyon, renonçant à la vie professionnelle.

En 1894, il fut admis dans notre Association. Il fit également partie de la Société nationale d'éducation de notre ville, où il paya son tribut par plusieurs communications très sérieuses et qui dénotaient chez leur auteur un excellent esprit et une grande habitude des questions philosophiques. Lacuire a succombé après une assez courte maladie dans le courant de l'été dernier.

Le docteur Vacher était un de nos plus anciens collègues, puisqu'il appartenait à notre Association depuis 1858. Interne des hôpitaux de la promotion de 1835, il vint après son doctorat s'établir à Lyon dans le quartier Perrache, où se confinant dans le cercle modeste de la pratique journalière, il sut se faire une situation très honorable et conquérir l'estime de ses confrères et de ses concitoyens. Parvenu à l'âge de 88 ans, il s'est éteint le 19 décembre dernier emportant les regrets de tous ceux qui avaient pu apprécier en lui les qualités de l'honnête homme et du sérieux et dévoué praticien.

A ces deux noms se bornait notre nécrologe, que nous étions heureux de voir aussi court après une saison marquée par une statistique mortuaire très élevée dans notre ville et dans toute la région, quand nous avons appris le décès d'un vétéran de notre Association. Le docteur Édouard Carrier venait de succomber dans sa 71e année à une maladie dont les débuts remontaient à cinq ou six ans. Il figurait dans nos rangs depuis 1861. Carrier appartenait à la famille médicale ; son père, originaire du Bugey, était devenu médecin en chef de l'hospice de Saint-Jean-de-Dieu et s'était fait une situation importante parmi les aliénistes de notre région. De ses quatre fils, deux embrassèrent la pro-

fession médicale et marchèrent très dignement sur les traces de leur père. L'aîné, celui dont nous déplorons la perte, né à Lyon le 19 mars 1830, fut reçu interne en 1850, et admis au doctorat à Montpellier en 1856, après une thèse *Sur la mélancolie avec stupeur*.

En 1871 il remplaçait son père à la tête d'un service de Saint-Jean-de-Dieu et, très attaché à cet asile, conserva ses fonctions aussi longtemps que lui permit sa santé. En reconnaissance de ses longs services les frères de cette maison demandèrent et obtinrent pour lui du Souverain-Pontife, en 1896, le titre de chevalier de Saint-Grégoire, et furent heureux de lui en conférer les insignes dans une fête très touchante. Ainsi que me l'écrivait récemment son frère, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, Édouard Carrier était un modeste qui cherchait peu à faire parler de lui. Il se signala néanmoins par quelques travaux d'une haute valeur. Au premier Congrès médical de Lyon, il fit sur un sujet relatif à l'aliénation mentale une communication très appréciée. En 1889 ou 1890, il publia une très judicieuse étude sur l'*Aliéné devant l'opinion publique et devant la loi*. Puis, en 1891, il donna au Congrès des aliénistes tenu à Lyon un compte-rendu très détaillé de son service pendant l'année précédente.

Ajoutons en terminant que Carrier était aussi recommandable par les qualités du cœur et l'aménité du caractère que par ses très solides mérites scientifiques.

L'année écoulée n'a été marquée pour nous par aucun grand évènement. Notre situation est à tous les points de vue satisfaisante, et si nous avons un regret à exprimer, c'est de ne pas voir un plus grand nombre de confrères entrer dans nos rangs. Nous avons continué à faire le bien comme toujours avec discrétion, mais non sans discernement, et dans une mesure que l'accroissement de nos ressources nous avait permis d'élargir.

C'est surtout aux veuves que se sont adressés nos secours, et ils ont pu, grâce au bon état de nos finances, soulager des misères toujours dignes d'intérêt. Notre très zélé secrétaire général vous parlera de l'appel adressé par le Gouvernement à toutes les Sociétés de secours mutuels pour la mise en conformité de leurs statuts avec la nouvelle loi qui nous régit.

Ces statuts, établis à notre fondation, revisés en 1876, avaient été rédigés avec une telle sagesse qu'ils se sont trouvés presque complètement en rapport avec les statuts-modèles envoyés par le ministère de l'intérieur.

La constitution qui nous régit était donc bien élaborée. Et ce qui n'a pas été un de ses moindres mérites, c'est qu'elle était restée absolument muette sur nos rapports avec l'Association générale. Ce silence nous a permis de nous séparer de celle-ci en 1895 sans être obligés de demander une révision sur cet article, révision qui nous eût été indubitablement refusée.

Depuis que nous avons reconquis notre indépendance plusieurs associations locales ont eu l'intention de nous imiter. Et dans ces dernières années votre président a reçu des demandes de renseignements sur cette question. Il a invariablement répondu : « Nous avons pu, non pas rompre, mais délier les attaches qui nous unissaient à l'Association générale parce que nos statuts étaient restés muets sur nos rapports avec elle. Si dans votre acte constitutionnel il est question de votre annexion, vous avez toutes chances de vous voir refuser une révision, sans laquelle vous devez renoncer à reprendre votre autonomie. De plus, il vous faudra, comme nous l'avons fait, consentir à l'abandon définitif de toutes les sommes qu'à titres divers vous avez pu verser dans les caisses de la grande Association. »

Rendons hommage une fois de plus à la prévoyance de notre ancien président Desgranges et de Me Rougier qui nous a permis d'ouvrir sans violence cette porte de sortie.

Plusieurs associations locales enviaient donc notre situation. Mais à l'heure actuelle, les conditions, dans lesquelles la nouvelle loi place toutes les Sociétés de secours mutuels ont fait surgir de nouveau cette question et permis à plusieurs Sociétés départementales de retrouver leur autonomie.

Nous avons donc aujourd'hui la satisfaction de nous présenter devant vous pour vous montrer que vos mandataires ont pu continuer heureusement notre œuvre bienfaisante et moralisatrice.

Ajoutons que la plus parfaite harmonie et la plus féconde émulation pour le bien n'ont cessé de régner dans le Bureau

de la Commission générale. L'expérience et le zèle intelligent que ne cessent d'apporter à leur tâche souvent difficile vos secrétaires et votre trésorier sont dignes de toute votre gratitude.

Le *Syndicat* de l'Association et la *Caisse Indemnité-Maladie* ont l'une et l'autre poursuivi leur tâche et étendu leur action très utile et très appréciée. Ils forment avec nous une trinité dont l'œuvre convergente ne doit en laisser en souffrance, dans la mesure du possible, aucun des intérêts moraux et matériels de notre profession. Faisons des vœux, et j'ai la ferme assurance qu'ils seront réalisés, pour que chacune d'elles soit toujours à la hauteur de la tâche qui lui est assignée, en présence des difficultés toujours croissantes qui entourent aujourd'hui l'exercice de la médecine.

VARIÉTÉS

Mort du docteur J. Icard.

Un deuil cruel frappe notre journal. Notre cher Gérant, malade depuis quinze jours, vient de mourir d'un état infectieux. L'inflammation maligne a successivement atteint la pituitaire, l'oreille moyenne, l'isthme du gosier ; et lundi 11 juin, c'était la dyspnée de l'*œdème sus-glottique*; il mourait jeudi, à neuf heures du matin.

Nous dirons, dans notre prochain numéro, à quel degré supérieur Icard fut toujours, comme directeur de journal, comme bibliothécaire de l'Université, comme secrétaire général de la Société des sciences médicales, l'homme de la situation. Nous ne pouvons aujourd'hui que pleurer l'ami sûr et dévoué à son œuvre, à ses collaborateurs.

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE.

L'Assemblée générale a eu lieu le jeudi 7 juin 1900, à la salle des réunions du Syndicat de l'Association, rue de l'Hôpital, 6, sous la présidence de M. Édouard Chappet.

Étaient présents : MM. Adenot, Bel (de Fleury), Birot, Bolliet, Carry, Cassas, E. Chappet, V. Chappet, Duquaire, Duviard, Ferroud (de Chasselay), Gonnet, Guillaud, Leclerc, Lépine (de Belleville), Lestra, Loison, Missol (de Villefranche), Monin, Montange (de Belleville), Musy, Odin, Pitre (de Craponne), Rougier.

Se sont fait excuser : MM. L. Blanc, Bonnet (de Neuville), V. Bouchet, Cogniard, Cros (de Pierre-Bénite), Grabinski (de Neuville), Marduel, Rafin, Me Rougier.

L'ordre du jour est passé en revue :

1° Allocution de M. Ed. Chappet, président.

2° Compte-rendu administratif du secrétaire, M. Birot.

3° Compte-rendu financier, par M. Odin, trésorier, et Rapport de la Commission des finances.

L'avoir de l'Association au 31 décembre 1899 atteint la somme de 169.000 francs.

Au nom de la Commission des finances, M. Adenot demande à l'Assemblée d'approuver les comptes et de voter des remerciements au trésorier. — Approbation et applaudissements unanimes.

4° Nomination de nouveaux membres : MM. les docteurs Alba (de Cublize), Audemard (de Lyon), Chaix (de Bourgoin), Cros (de Pierre-Bénite), Fléchet (de Fontaine-sur-Saône), Lestra (de Lyon), Nové-Josserand (de Tarare), Vidal (de Saint-Vincent-de-Rheins).

Ces nouveaux membres présentés sont admis (à l'unanimité et successivement) à faire partie de l'Association.

5° M. Missol, vice-président (hors Lyon), M. Birot, secrétaire général, et M. Leclerc, secrétaire-adjoint, arrivés au terme de leur mandat, sont réélus à l'unanimité au scrutin secret.

6° On procède au tirage au sort des nouveaux membres devant faire partie de la Commission administrative. A ce sujet, le Secrétaire général expose que chaque année un grand nombre de membres refusent de coopérer aux travaux de la Commission administrative. Pour compléter le nombre, le Bureau a dû faire appel, d'après le vote de l'Assemblée générale de 1893, à la bonne volonté des membres sortants qui ont fait preuve de zèle et d'assiduité. Malheureusement le nombre en est limité. Il propose de tirer au sort un nombre double de noms ; toutefois on n'aurait recours aux membres supplémentaires que si les premiers sortis au tirage refusaient de faire partie de la Commission.

Cette propositon étant acceptée, on procède au tirage au sort de la Commission administrative. Les noms suivants sont sortis de l'urne :

Pour *Lyon :* MM. Mondan, Condamin, Artaud, Drey, Chatin, Massas, Roche, Mathieu père, Mathieu fils, Carry, Colrat, Branche.

Pour l'*arrondissement de Lyon :* MM. Reymond, Durand, Girard, Rondet, Julhiet, Cros.

Pour l'*arrondissement de Villefranche :* MM. Vidal, Félissent, Alba, Clerjon, Nové-Josserand, Dupuy.

7° Révision des statuts. La loi du 1er avril 1898 avait nécessité pour chaque Société de secours mutuels une révision de leurs statuts pour les rendre conformes aux statuts-modèles dressés par le gouvernement.

Un exemplaire de nos statuts modifiés a été envoyé à chaque sociétaire afin qu'après en avoir pris connaissance il puisse indiquer à l'Assemblée générale les modifications qui paraîtraient utiles d'y être apportées.

Aucune modification importante n'ayant été proposée, la séance est levée à six heures et demie.

— La troisième Assemblée générale annuelle de la *Caisse Indemnité-Maladie* de l'Association des médecins du Rhône a eu lieu le jeudi 7 juin, à quatre heures et demie, à la salle des réunions du Syndicat, rue de l'Hôpital, 6, sous la présidence de M. Birot, vice-président.

Lecture est donnée de l'allocution de M. Marduel, président, empêché par la maladie d'assister à la réunion. — M. Birot se fait l'interprête de l'Assemblée en exprimant les regrets occasionnés par cette absence.

M. Leclerc, secrétaire, communique le compte-rendu administratif, et M. Odin, trésorier, le compte-rendu financier.

Ces deux communications montrent l'avenir de la Caisse sous un jour des plus rassurants. Il suffit de dire que le nombre des sociétaires est de 67, que les dépenses occasionnées pour indemnité-maladie ont été de 2,709 francs, et que l'avoir en caisse au 31 décembre 1899 est de 25.300 francs.

Sur l'invitation de M. Adenot, rapporteur de la Commission des finances, les comptes sont approuvés avec acclamations et félicitations à l'adresse du secrétaire et du trésorier.

MM. Lestra (de Lyon) et Chaix (de Bourgoin) sont nommés membres de la Caisse Indemnité-Maladie.

MM. Bouchet (de Lyon) et Clerjon (d'Ouilly) sont désignés pour une période de trois ans comme administrateurs, et MM. Rabot et Musy sont nommés contrôleurs pour l'année 1900.

La Commission administrative de la Caisse Indemnité Maladie est donc composée pour 1900 de la manière suivante :

Président, M. Marduel; vice-présidents, MM. Grabinski et Birot; secrétaire général, M. Leclerc; trésorier, M. Odin; administrateurs, MM. Bertoye, P. Lacour, Adenot, Bonnet (de Neuville), Bouchet, Clerjon (d'Ouilly); contrôleurs, MM. Rabot et Musy.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 18 juin :

1° M. Vinay : De l'inocclusion congénitale du septum ventriculaire, sans cyanose (maladie de Roger).

2° M. Lépine : Rapport sur la candidature de M. Dufourt.

Admission des malades dans les hôpitaux. — La Chambre syndicale des médecins du Rhône, sur la proposition de M. le docteur Albertin, a décidé d'ouvrir une enquête sur les abus qui peuvent se produire relativement à l'admission de malades non indigents dans lés hôpitaux. Il arrive en effet, et surtout pour la réception dans les services spéciaux et dans les salles de chirurgie, que des malades parfaitement en état de se traiter à leurs frais se font recevoir gratuitement ou dans les lits payants à 2 francs. Il y a dans ce fait préjudice à la fois pour les indigents, pour la caisse des hôpitaux et pour les intérêts du corps médical. Il est bien certain que dans la pensée du Syndicat le mot indigence ne doit pas être entendu dans le sens étroit de misère absolue. Bon nombre d'ouvriers, d'employés, de petits commerçants, de gens de la campagne

ou de la ville peuvent avoir une aisance relative tant qu'ils travaillent et peuvent gagner leur vie. La maladie, surtout si elle se prolonge, vient changer ces conditions d'existence et légitimer l'admission gratuite ou à prix réduit de ceux qui ont des ressources limitées. La Chambre syndicale invite tous les médecins et plus spécialement ceux qui font partie du Syndicat, à leur faire connaître les abus dont ils peuvent avoir connaissance et à transmettre ces renseignements à M. le docteur Carry, secrétaire général du Syndicat.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Par décret du 8 juin, le président de la Société de médecine de Lyon, notre sympathique et savant confrère le docteur Horand est nommé officier de l'Instruction publique.

PLÉTHORE MÉDICALE. — Au commencement de l'année courante, Vienne, capitale de l'Autriche, comptait 2.336 médecins sur 1.617.160 habitants, soit 1 médecin sur 692 habitants. Berlin avait 2.317 médecins pour 1.833.150 habitants, soit 1 pour 725. Au commencement de 1899, on indiquait pour Paris 2.801 docteurs et 70 officiers de santé pour 2.536.834 habitants, soit 1 pour 883. Pour Toulouse, 158 docteurs et 10 officiers de santé avec 148.000 habitants, soit 1 pour 881.

LES MÉDECINS EN ALLEMAGNE. — En septembre 1899, l'on comptait en Allemagne 26,042 médecins, contre 25,178 en 1898, soit une augmentation de 3,7 °/o. A Berlin il y a 2,232 médecins. Il y a en moyenne pour toute l'Allemagne 4,98 médecins par 10,000 habitants, avec un maximum de 8,33 à Hambourg et un minimum de 2,67 dans le duché de Reuss, ligne aînée. Le nombre des pharmacies s'élève en Allemagne à 5,391, soit 1 pharmacie par 9,700 habitants. (*Allgem. med. Central Zeitung*, 10 janvier 1900.)

L'ALCOOLISME EN ANGLETERRE. — En 1899, on a consommé dans le Royaume-Uni pour 162,163,474 livres sterling (4,500 millions de francs) de boissons alcooliques, soit pour 6,169,455 livres de plus qu'en 1898.

L'augmentation a porté sur l'alcool pour 2,842,998 livres, sur la bière pour 4,798,745 livres et sur le vin pour 40,797 livres. La quantité d'alcool consommé par tête a été en 1899 de 2,51 gallons en Angleterre, de 1,84 en Écosse et de 1,6 en Irlande. (*Lancet*, 10 mars. — *Vratch*, n° 11, 1900.)

LE PRIX DU PHÉNOL. — Le prix du phénol vient de subir une hausse considérable dans toute l'Europe occidentale. Il faut en chercher la raison dans la fabrication des grandes quantités de lyddite dont les Anglais se servent dans la guerre contre les Boërs. De même que la mélinite, la lyddite se compose principalement d'acide picrique qui est, comme on sait, un tri-nitro-phénol et s'obtient en faisant agir de l'acide nitrique sur le phénol. (*Arch. russes de pathol*, 31 mars.)

ERRATUM. — Dans le numéro du 10 juin, page 202, ligne 34, au lieu de siphon, lire sphère.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juin	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
3	743	0	739	24	+23.2	13	+12.1	3	79	55	1.5	2.2	30
4	739	0	737	8	+30.2	13	+12.5	4	79	51	0.0	1.5	22
5	742	23	737	15	+29.8	15	+13.4	4	73	59	0.0	3.8	23
6	747	23	741	1	+24.2	15	+15.3	4	88	69	14.2	3.3	28
7	748	24	746	4	+23.6	13	+14.3	2	70	45	0.0	1.7	26
8	750	23	748	0	+21.8	13	+12.5	2	77	43	0.0	4.5	24
9	751	9	749	24	+25.5	15	+ 9.0	4	87	48	0.0	3.6	27

Maladies régnantes. — L'état sanitaire ne s'améliore pas.

La petite vérole reste à peu près au même niveau que les semaines précédentes. 32 varioles ont été signalées au Bureau d'hygiène : 6 dans le Ier arrondissement, 4 dans le IIe, 11 dans le IIIe, 3 dans le IVe, 8 dans le Ve, 4 dans le VIe.

Les autres maladies éruptives sont également en règne. Un très grand nombre d'enfants sont atteints de rougeole, surtout dans le IIe arrondissement.

12 scarlatines ont été déclarées cette semaine : 1 dans le Ier arrondissement, 3 dans le IIe, 4 dans le IIIe, 2 dans le IVe, 1 dans le V, 2 dans le VIe.

En même temps quelques diphtéries : 2 dans le Ier arrondissement et 2 également dans le IIIe.

La fièvre typhoïde continue à faire quelques victimes. Mais elle en fait bien moins que les fièvres éruptives. On en signale 4 cas seulement cette semaine : 2 dans le IIIe arrondissement, 1 dans le Ve et 1 dans le VIe.

C'est encore la phthisie pulmonaire qui fournit le plus fort contingent mortuaire. Sur les 180 décès de notre tableau, il y en a 40 dus à la tuberculose.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 9 juin 1900 on a constaté 180 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	6	Affections du cœur.	19
Variole	5	Broncho-pneumonie	10	— des reins....	8
Rougeole	1	Pneumonie........	10	— cancéreuses..	13
Scarlatine.	1	Pleurésie..........	2	— chirurgicales.	11
Erysipèle..........	0	Phtisie pulmonaire.	33	Débilité congénitale	1
Diphtérie-croup ...	1	Autres tuberculoses	7	Causes accidentelles	3
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	2	Aut. causes de décès	12
Affect. puerpérales.	3	Mal. cérébro-spinales	15		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	4	Naissances	161
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	3	Mort-nés........	11
Bronchite aiguë....	2	Cirrhose du foie ...	6	Décès...........	180

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

Le docteur J. Icard

Le *Lyon Médical* avait la douleur, dans son dernier numéro, d'annoncer à ses lecteurs la mort de son Gérant, du docteur Icard. Le rôle important joué par notre confrère, dans notre profession et sur notre sol, sera mis en relief par les discours que nous publions plus loin, et qui ont été prononcés par M. Compayré, recteur de l'Université; par le docteur Vallas, président de la Société des sciences médicales, et par le président actuel de notre journal.

On sait les circonstances émouvantes qui ont accompagné sa fin si imprévue.

Notre ami regretté était sujet à des atteintes de coryza et à des laryngites assez fréquentes.

Vers le début du mois, il s'était plaint d'un enchifrènement nasal, puis d'une gêne assez vive dans la gorge et au niveau d'une oreille, mais il avait gardé ses habitudes.

Quelques jours avant sa mort, il accusa des sensations plus douloureuses au niveau du pharynx, dont la couleur était en ce moment d'un rouge vif. Il n'avait pas de fièvre.

Le lundi 11 juin, il écrivit un billet au Dr Soulier, le priant de passer à son domicile, et dans lequel il annonçait des troubles respiratoires. Le soir même, une véritable dyspnée laryngée s'établissait, et le Dr Lannois constatait de l'œdème inflammatoire des replis aryténo-épiglottiques. Les docteurs Soulier, Vallas et Lannois, réunis, se rendaient compte de la gravité de la situation et pressentaient la nécessité, à brève échéance, d'une trachéotomie ou d'un tubage.

C'est cette dernière opération, qui fut pratiquée d'urgence, dans la nuit même, par le Dr Sargnon, dont notre malade avait réclamé l'assistance. Icard, qui suffoquait avant l'intervention, put dès lors respirer à

son aise ; mais le lendemain on constatait une température élevée, jusqu'à 40°,5.

Le 6, on essaie de détuber ; l'asphyxie redevenant menaçante, le tube est replacé immédiatement. La journée se passe tant bien que mal, le malade respirant d'une façon satisfaisante, malheureusement la température remonte à 40°,2.

Le 7 au matin, M. Carrez, interne des hôpitaux, se trouvait seul auprès de notre Gérant, lorsque le tube fut expulsé dans une quinte. Notre jeune confrère dut pratiquer la trachéotomie d'urgence, et celle-ci permit encore à la respiration de s'établir. Mais cette lutte douloureuse touchait à son terme, le docteur Icard succombait quelques instants après.

Au cours d'une maladie si cruelle et si angoissante, notre cher disparu ne s'est fait aucune illusion, il ne s'est pas mépris sur le sort qui l'attendait ; mais restant impassible jusqu'au bout et dédaigneux de demander des encouragements qu'il savait menteurs, il n'a fait entendre aucune plainte ; c'est avec un calme stoïque qu'il a mesuré le peu d'instants qui lui restaient à vivre.

Ses funérailles ont montré combien il était aimé. Conduites par le Recteur de l'Université, par les Doyens des diverses Facultés et par les membres les plus en vue de notre monde scientifique, elles ont réuni bien des amis. Icard est en effet de ceux qui ne laissent après eux que des regrets émus et sincères.

Nous publions ici les discours prononcés aux obsèques.

DISCOURS DE M. COMPAYRÉ

Recteur de l'Université de Lyon.

Messieurs,

Je ne veux pas que nous disions le dernier adieu à notre excellent collaborateur, M. le docteur Icard, sans que je lui aie adressé, au nom de l'Université lyonnaise, l'expression des vifs regrets que nous cause sa mort imprévue, de la gratitude sincère que lui gardent nos cœurs attristés.

D'autres vous diront, avec une compétence spéciale, ce qu'a été M. Icard comme médecin ; quelle confiance il inspirait à sa clientèle ; quelle situation considérable il s'était faite dans le corps médical, comme directeur de la revue le *Lyon Médical*, comme Secrétaire général de la Société des sciences médicales. Je rappellerai seulement que c'est à Lyon qu'il avait fait toutes ses études, conquis tous ses grades, dans cette École préparatoire de médecine, qui, il y quarante ans, préludait si brillam-

ment aux grandes destinées de la Faculté actuelle ; et le jeune étudiant s'y était fait remarquer à ce point que M. le docteur Ollier me disait, — il me pardonnera cette indiscrétion, — que dans les concours de 1855 ou 1856, de tous les concurrents qu'il avait devant lui, c'était son camarade Icard qui lui apparaissait comme le plus redoutable...

Mais ce qu'il m'appartient de louer en lui, — parce que sur ce terrain je l'ai vu à l'œuvre, et que j'ai pu par moi-même apprécier son mérite, — c'est le bibliothécaire en chef de l'Université, c'est le fonctionnaire impeccable qui, par ses aptitudes incontestées, son exactitude et son zèle, était digne de tous les éloges.

Fonctions modestes, et, semble-t-il, agréables et aisées, que celles d'un gardien de livres. Les livres ne sont-ils pas plus faciles à gouverner que les hommes ? Qui de nous n'a rêvé, au moins une fois dans sa vie, de devenir un bibliothécaire, d'aller chercher la tranquillité, la paix, toutes les facilités de la lecture, cette grande joie de la vie, dans les salles silencieuses où repose, endormie sur le papier, mais toujours prête à se réveiller et à revivre dans l'âme de leurs lecteurs, la pensée de tous ceux qui ont écrit des choses dignes de mémoire ? Mais, en réalité, combien difficiles et délicates ces fonctions si séduisantes en apparence ? D'abord, quoique enveloppé de livres, le bibliothécaire ne lit guère : il n'en a pas le temps. Sa tâche est de faire lire les autres. Et de combien de soins divers son service n'est-il pas embarrassé : surveiller, protéger le trésor déjà constitué, avoir souci des acquisitions nouvelles, chercher sans cesse à combler les lacunes, se tenir au courant des publications quotidiennes, des ventes et du mouvement de la librairie, et par dessus tout, établir dans les milliers de volumes confiés à sa garde un ordre tel qu'il soit aisé de s'y retrouver, et que le lecteur impatient et pressé ait la satisfaction de mettre tout de suite la main sur le livre désiré ?

Dans ces parties multiples de sa tâche, M. Icard apportait des qualités de premier ordre. Son esprit, d'un tour très pratique, convenait à merveille à l'emploi qu'il occupait. Scrupuleux dans l'application des règlements, il savait pourtant en tempérer la rigueur par l'aménité de son caractère. Avec lui on pouvait compter sur une obligeance inépuisable ; et ce ne sont pas seulement nos étudiants et nos professeurs qui lui doivent reconnaissance, pour leur avoir rendu si facilement accessibles les instruments de leur travail, ce sont aussi toutes les personnes étrangères à l'Université que nous admettons à profiter des précieuses ressources de notre Bibliothèque.

Cette Bibliothèque universitaire, si pauvre il y a vingt ans, lorsque M. Icard y fut chargé de la section de la médecine et de celle des sciences, avec quelle rapidité elle a grandi ! Dans la notice que, sur ma prière, il y a quelques semaines à peine, il avait bien voulu rédiger pour le livret de l'Exposition universelle, M. Icard faisait remarquer que notre jeune collection de livres, si elle ne possède pas « cette sorte de lettres de noblesse que confère aux vieilles bibliothèques un fonds considérable d'incunables et de manuscrits », — nous en avons pourtant quelques-uns, — elle n'en était pas moins avec ses 1800 périodiques, avec ses

150.000 volumes, une des plus riches, sinon la plus riche des Bibliothèques universitaires de province.

Associé dès la première heure à sa fondation, M. Icard avait le droit de revendiquer sa part de mérite dans un développement, dont il n'a pas été seulement le témoin, dont il a été en partie l'ouvrier. A mesure qu'elle grandissait, son travail augmentait d'autant; mais il était loin de s'en plaindre, fier de contribuer au progrès d'une œuvre où réside en partie la force de l'Université de Lyon.

L'Université de Lyon n'oubliera pas, Messieurs, le nom et les services de son premier bibliothécaire. Elle a conscience du dommage qu'elle a subi en perdant un chef de service compétent et expérimenté, un homme de devoir, aimé de tous ceux qui l'approchaient, aimé au point que j'ai vu pleurer, à la nouvelle de sa mort, ses plus intimes collaborateurs, estimé de tous ceux qui le connaissaient, et qu'accompagnent aujourd'hui, dans sa tombe prématurément ouverte, les regrets unanimes, l'affection et le respect affligés de ses subordonnés et de ses chefs.

DISCOURS DE M. VALLAS

Président de la Société des sciences médicales de Lyon.

Il y a quelque quarante ans, dans les premiers mois de 1861, un certain nombre de jeunes docteurs, sortant de l'internat, fondèrent la Société des sciences médicales de Lyon.

Modeste à ses débuts, elle ne tarda pas à prospérer, et à devenir ce qu'elle est aujourd'hui, une vaste association rayonnant au loin sur toute la région lyonnaise, dont les séances sont un merveilleux laboratoire d'idées, dont les mémoires constituent un incomparable musée de faits scientifiques. Si la Société des sciences médicales a vécu, si elle a grandi, je suis bien certain de n'être contredit par personne en disant qu'elle le doit surtout à celui que la mort vient si brutalement de coucher dans la tombe, au docteur Icard, son secrétaire général.

Il avait 27 ans à l'époque dont je parle. Interne des hôpitaux de Lyon, il venait de passer sa thèse et cherchait sa voie, préparant les concours. Déjà les qualités de son cœur, la loyauté de son caractère appelaient à lui toutes les amitiés, et il fit partie de la Commission de cinq membres, élue pour étudier et composer les statuts de la nouvelle Société. Quand l'œuvre fut mise au jour, il figura comme secrétaire annuel dans le premier bureau pour 1861-62. L'année suivante, il entra au comité de publication, et enfin en 1863 il est nommé secrétaire général, poste de confiance qu'il a occupé jusqu'à sa mort. Pendant 37 ans, il est resté là, toujours fidèle, toujours exact, se consacrant avec un zèle et un dévoûment infatigables à l'accomplissement de ses fonctions en apparence effacées, en réalité si utiles et si indispensables. Il lui eût été bien facile de monter au premier rang; il a préféré, avec une modestie presque coquette, demeurer l'âme et la cheville ouvrière de la Société. Il en représentait pour ainsi dire l'élément perpétuel et inamovible. Les membres se sont renouvelés bien des fois; de nombreux présidents se sont succédé au fauteuil. A côté d'eux, Icard restait toujours, et c'est là que,

bien longtemps encore, sa place nous paraîtra vide ; c'est là que nous le reverrons avec sa figure franche et loyale aux gros sourcils broussailleux, et que nous l'entendrons, au début de chaque séance, raconter, avec sa voix chantante de Méridional, la vie hebdomadaire de la Société.

C'est aux séances de la Société des sciences médicales que s'est écoulée toute la vie scientifique d'Icard. Il prenait part à toutes les discussions, et bien peu de sujets lui étaient étrangers. Doué d'un grand bon sens et d'une puissante mémoire, il avait acquis une rare érudition, qui s'alimentait chaque jour à ses occupations de bibliothécaire de l'Université. Toujours, d'ailleurs, il fut remarquable par l'étendue de ses connaissances, et je sais qu'au temps de sa jeunesse, cette qualité bien connue en eût fait un adversaire redoutable à ses concurrents. Il n'aborda cependant pas les concours ; car, au fond, son écorce un peu rude cachait un esprit quelque peu timide et hésitant. Au dernier moment, la lutte l'effrayait. Il renonça donc aux honneurs qu'il eût pu conquérir et se contenta de vivre en savant modeste et en honnête homme. Ici, Messieurs, je voudrais laisser la parole à ceux qui l'ont intimement connu pour vous faire dire sa délicatesse, sa loyauté, sa discrétion, combien il était scrupuleux dans ses devoirs professionnels, combien fidèle dans ses amitiés. Ce témoignage est unanime parmi ses contemporains. Ce n'est certes pas un éloge banal de pouvoir dire, en face de son cercueil, qu'il ne laisse derrière lui pas un détracteur, pas un ennemi. Soucieux de l'ordre et de la régularité, haïssant surtout la réclame, il a très simplement accompli sa tâche. Partout où il a passé, son rôle semble avoir été de se charger allègrement des besognes ingrates et difficiles, et partout il a rendu des services immenses. Les hommes de son espèce sont ceux qu'on aime le plus pendant leur vie, qu'on regrette le plus longtemps après leur mort, et qu'on remplace le plus difficilement.

Icard nous était venu de la Provence et il voulait y retourner achever sa vieillesse. Sa retraite était déjà préparée. Hélas ! c'est le repos éternel qu'il va trouver là bas sous le ciel éclatant de son pays natal et devant les flots bleus de la Méditerranée.

Au nom de tous les membres de la Société des sciences médicales, j'adresse ici un dernier adieu au docteur Icard, fondateur et secrétaire général de la Société.

DISCOURS DE M. J. AUDRY

Président du Comité de Rédaction du LYON MÉDICAL.

Messieurs,

Au nom du Comité du *Lyon Médical*, je viens adresser un douloureux adieu à son regretté Gérant.

Des voix plus autorisées que la mienne vous ont dit ce qu'était le docteur Icard, son mérite scientifique, sa nature sensible et nerveuse, ses qualités professionnelles, toute de probité et de délicatesse.

Sa vie de journaliste nous appartient davantage, et je crains, pour mon compte, de ne pouvoir exprimer ses mérites vraiment rares.

Les jeunes d'entre vous ignorent comment fut créé le journal qu'il aimait d'un amour si profond. Jusqu'en 1864, la *Gazette médicale de Lyon* était entre les mains d'un homme à l'esprit étincelant, de Diday, qui avait succédé aux docteurs Garin, Barrier et à d'autres personnalités médicales de l'époque. A cette date, se fondait un journal rival, le *Journal de médecine de Lyon*, avec de nombreux collaborateurs et un comité de rédaction composé de MM. Chatin, Delore, Perroud et Gailleton.

C'est en 1868 que Diday proposa la fusion des deux feuilles qui devinrent le *Lyon Médical*. Icard, qui appartenait au *Journal de médecine*, fut nommé gérant. Depuis, il ne cessa de lui consacrer son temps et ses efforts.

Rien ne lui coûtait, en effet, lorsqu'il s'agissait d'assurer la régularité du service, de provoquer un article intéressant, de recueillir un écho médical. Il était des plus érudits et possédait le jugement le plus sain; mais son extrême modestie le conduisait à s'effacer injustement.

Ce n'est pas ici le lieu de vous rappeler ses nombreux et importants travaux. Bien des pages lui appartiennent qui ne sont signées d'aucun nom. Qu'il nous soit simplement permis d'affirmer que par son empressement à traiter les questions d'hygiène et d'intérêt médical, notre cher Gérant a rendu des services signalés à notre ville et à nos confrères.

Dirai-je, d'autre part, que sa loyauté et sa bienveillance étaient parfaites. A ses yeux, les pages du *Lyon Médical* devaient être un asile hospitalier prêt à recueillir toutes les opinions sincères, toutes les discussions courtoises.

Le docteur Icard avait en effet toute la finesse du cœur. Chez lui, jamais de critiques amères ou perfides. Il se serait révolté à l'idée de profiter d'un journal pour froisser ou pour blesser; mais s'agissait-il d'évoquer le souvenir d'un disparu, il était toujours là pour lui consacrer quelques lignes pleines d'émotion.

Sans doute, de ses nombreuses qualités, cette dernière est celle qui possède le plus de prix à vos yeux. Je ne veux donc pas insister sur les autres. Malgré la brusquerie d'une mort presque tragique, nous saurons nous rappeler ce que valait l'honnête homme, le délicat journaliste ; nous garderons fidèlement la mémoire de celui auquel nous adressons ici un dernier et pieux hommage.

DEUX CAS DE MORT HABITUELLE DU FŒTUS AVEC ALBUMINURIE CHEZ LA MÈRE TRAITÉS PAR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Par le docteur FABRE,
Chargé du Service de la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Charpentier, dans son *Traité d'accouchements*, tome I, p. 1014, s'exprime ainsi : Tous les accoucheurs ont observé des femmes qui ne peuvent aller jusqu'au terme de la grossesse, et chez lesquelles on constate, à une époque variable de ces grossesses, la mort du fœtus sans que l'on puisse reconnaître une cause à cette mort. Tantôt la mort du fœtus se produit dans les premières semaines, tantôt, au contraire, elle se produit dans les derniers mois, dans les dernières semaines de la grossesse.

Depuis les travaux de Fournier concernant l'influence de la syphilis sur la grossesse, nous savons quelle importance présente l'avortement à répétition dans les manifestations même éloignées de l'infection syphilitique ; mais il est des cas qui ne sont pas explicables par cette pathogénie, et j'ai eu l'occasion de recueillir deux observations de mort habituelle du fœtus chez des femmes non syphilitiques. Il s'agit de deux malades que M. le professeur Fochier a bien voulu confier à mes soins : je lui adresse à cette occasion l'expression de ma reconnaissance et mes sincères remercîments.

Les anciens observateurs avaient été frappés par ces faits de mort habituelle du fœtus : Mauriceau, Dennmann les expliquaient par la phtisie paternelle, Jacquemier par le cancer ; Léopold ajoute à la syphilis, l'anémie maternelle, l'irritabilité générale et l'hérédité. Or, dans les cas que nous avons observés aucune de ces explications ne paraît être applicable : les pères et mères sont bien portants sans tares héréditaires, et dans l'intervalle des grossesses les mères paraissent en excellent état de santé sans phénomènes pouvant s'expliquer par une néphrite ; les urines ne contiennent pas d'albumine, et cette dernière apparaît subitement, sans malaises prémonitoires et disparaît très rapidement après l'accouchement.

Ahlfeld, comme cause de la mort du fœtus, pendant la se-

conde moitié de la grossesse, admet l'existence d'une lésion rénale préexistante.

Vinay signale ces faits d'albuminurie récidivante, de rein gravidique à répétition (p. 393) : « La maladie peut être récidivante à chaque nouvelle gestation, tandis que dans leur intervalle, la santé reste excellente, la sécrétion urinaire normale. » M. Vinay cite le fait d'une de ses malades qui présenta successivement de l'albumine à chacune de ses sept grossesses, régulièrement interrompues par un avortement ou un accouchement prématuré ; il se développa dans ce cas une néphrite interstitielle avec accidents urémiques et apoplexie terminale.

Ces faits ont toujours été expliqués par l'existence d'une néphrite antérieure ou bien par une néphrite gravidique : Rayer avait admis l'existence d'une néphrite, mais il avait bien vu que « la néphrite albumineuse qui se déclare dans les derniers mois de la grossesse est beaucoup moins grave que celle qui a précédé la conception. »

De même Blot dans sa thèse (1849), montre que « l'albuminurie gravidique doit être distinguée de la néphrite albumineuse parce qu'elle existe sans lésions matérielles et guérit rapidement. »

Leyden a décrit une lésion spéciale à la néphrite gravidique, c'est une infiltration graisseuse de l'épithélium sécréteur ; cette altération est bien douteuse, actuellement surtout nous savons combien les épithéliums s'altèrent rapidement après la mort, et pour nous le fait qui domine tous les autres et rend l'intégrité du rein impossible à nier, c'est que l'albuminurie abondante cesse quelquefois 36 heures après l'accouchement, comme on peut le constater dans une de nos observations, comme du reste Rayer l'avait déjà montré.

Tous les auteurs ont expliqué la mort du fœtus en disant que les maladies rénales ont pour conséquence la mort du fœtus par défaut de nutrition dû au farcissement du placenta par les infarctus blancs. (Fehling, *Arch. für Gyn.*, 1886). De même, Cohn, dans le *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1887, admet que la néphrite interstitielle cause les altérations du placenta et par là la souffrance de l'enfant ;

pour lui la mort de l'enfant se produit dans 84 °/₀ des cas d'albuminuries.

Les foyers hémorragiques sont plus exceptionnels, néanmoins on peut les constater dans les cas graves qui se terminent par la mort de l'enfant; ils sont de nombre, de dimensions, d'âge très différents et aboutissent à l'aspect que Pinard a désigné sous le nom de *placenta truffé.*

Ces lésions macroscopiques ne sont pas les seules que l'on doit considérer, on les trouve dans 40 °/₀ des cas (Th. de Roubaud, 1887), alors que la mort de l'enfant se produit dans 84 °/₀ des cas d'albuminurie, comme le montre Cohn dans sa statistique; il existe aussi des lésions visibles au microscope, elles portent sur le syncytium et diminuent d'une façon considérable le champ de l'hématose fœtale : le sang fœtal est séparé du sang maternel par une couche au travers de laquelle les échanges ne se font que péniblement, de là l'état de mauvaise nutrition de l'enfant lorsqu'il naît vivant.

Dès 1886, Fehling pose l'indication de l'interruption de la grossesse, non seulement dans l'intérêt de la mère, mais encore pour sauver l'enfant, car la thérapeutique ordinaire des maladies des reins peut améliorer l'état de la mère, elle ne peut rien sur des lésions placentaires déjà constituées.

Tarnier admet aussi l'interruption de la grossesse à la fin du huitième mois, lorsque l'albuminurie est très intense chez une malade atteinte d'éclampsie à un précédent accouchement et lorsque le traitenent médical est inefficace.

Varnier (*Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfant*, 1888) cite l'opinion de Pinard, quand chez une femme enceinte primipare ou multipare on a constaté une albuminurie grave et que sous l'influence du régime lacté absolu, continué pendant huit jours, l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les autres symptômes s'aggravent, on doit dans l'intérêt de la mère interrompre la grossesse. Si par l'accouchement prématuré on est exposé à sacrifier quelques enfants, il faut reconnaître que dans certains cas on pourra les sauver d'une mort presque certaine dont les menacent les hémorragies à répétition qui dans ces cas se reproduisent dans le placenta.

On voit donc que Fehling, Tarnier, Pinard admettent la

possibilité de l'interruption de la grossesse dans l'intérêt de l'enfant, de même et surtout dans l'intérêt de la mère, il semble que l'accord tende à se faire pour en admettre l'indication ; c'est ainsi que Loov, au septième Congrès de médecine russe à Cazan (1), admet que dans la néphrite gravidique on doit recourir à l'accouchement prématuré, lorsque l'albuminurie augmente et que la diurèse fait défaut après un traitement médical d'essai d'une durée de huit à quinze jours lorsque l'enfant est viable. Dans la néphrite parenchymateuse aiguë il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré quel que soit l'âge de la grossesse, c'est le seul moyen de sauver la vie de la mère.

Dans la néphrite chronique, la grossesse doit être interrompue si les œdèmes augmentent, si la quantité d'urine diminue, et si la quantité d'albumine augmente.

Coudray, dans sa thèse (2), inspirée par Lepage, signale, un certain nombre de cas d'albuminurie et d'éclampsie heureusement modifiés par l'accouchement prématuré, spontané ou artificiel, mais l'intervention est surtout considérée dans ses rapports avec l'état de santé de la mère. Dans les observations reproduites par lui, il ne signale pas des cas de mort habituelle de l'enfant avec l'albuminurie. Dans trois cas, les malades avaient eu un enfant mort à un précédent accouchement, mais l'albuminurie n'avait pas été nettement constatée : chez une malade, il s'était produit des crises d'éclampsie à un accouchement précédent.

Dans les observations que nous avons recueillies, l'indication de l'accouchement prématuré était fournie par ce fait que la mort du fœtus survenait à une époque à peu près fixe, sans modification de l'état général de la mère.

Observation I.

Trois grossesses terminées par l'expulsion d'enfants morts ; accouchement prématuré par la sonde de Krause au moment où apparaissent des traces d'albumine; enfant vivant ; les lésions placentaires sont peu marquées.

Mme H..., âgée de 30 ans, résidant à 120 kilomètres de Lyon, a été réglée vers l'âge de 14 ans; les règles ont été toujours régulières; elles durent

(1) *Vratch*, 1899, nº 24, in *Gaz. des hôpitaux*, 9 nov. 1899.

(2) Coudray. *Des indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques.* Th. de Paris, 10 janvier 1900.

trois jours sans douleurs. A l'âge de 18 ans, à la suite de travaux intellectuels, se produisit un amaigrissement de 5 kilogrammes en trois mois ; avec le repos, tout disparut. Pas de rougeole, pas de scarlatine, très bonne santé habituelle. Aucun signe de syphilis.

Mariée en 1892, à l'âge de 23 ans, la malade devient enceinte six mois après. Au début de la grossesse, pas de malaises particuliers ; vers le septième mois, anasarque généralisé, qui avait commencé par un peu d'enflure des membres inférieurs pendant le sixième mois. Les urines ne sont pas examinées. Au huitième mois, sans autres malaises que des crises d'estomac, consistant en une douleur pongitive s'irradiant dans le dos. Il se produit deux crises d'éclampsie, à deux ou trois jours d'intervalle. Un médecin appelé examina les urines immédiatement avant les crises, il ne trouva pas d'albumine, et immédiatement après, il en trouve une grande quantité ; à ce moment aussi les mouvements de l'enfant cessent d'être perçus ; l'accouchement se produit quatre ou cinq jours après par le sommet, en octobre 1893 : l'enfant est macéré.

L'albuminurie a persisté pendant une quinzaine de jours ; en janvier 1894, il en est constaté de loin en loin jusqu'au mois d'avril. A partir de ce moment les urines ont été normales.

Une deuxième grossesse se produit et se termine en février 1895 par un accouchement prématuré à sept mois et demi. Pendant la grossesse, les mouvements de l'enfant ont été très faibles et ont diminué peu à peu. En décembre 1894, on constate des traces d'albumine. Pendant trois semaines, la malade est soumise au régime lacté absolu. L'accouchement se produit le 8 février : l'enfant était très petit, mort, non macéré, et s'est présenté transversalement. Jamais il ne s'est produit des malaises à signaler.

Une troisième grossesse se termina le 21 août 1896, par l'expulsion d'un enfant mort ; l'accouchement devait, d'après la date des dernières règles, se produire à la fin de septembre. Rien à signaler dans les premiers mois de la grossesse ; les urines sont examinées très fréquemment. Fin juillet, on constate la présence dans les urines de traces d'albumine. A partir de ce moment, jusqu'à l'accouchement, pendant trois semaines environ, la malade se soumet au régime lacté absolu, elle prend six litres de lait, il se produit des douleurs très pénibles dans la région de l'épigastre ; l'albumine augmente beaucoup. Vers le 15 août l'enfant est encore vivant : il naît mort, non macéré, mais beaucoup plus développé que les deux autres.

Une quatrième grossesse se produit : les dernières règles sont du 21-24 décembre 1898. Au début de la grossesse, aucun malaise, la malade s'alimente normalement et prend par jour deux litres de lait ; elle se plaint assez fréquemment de la sensation d'étau qui lui comprime la région stomacale, pendant la crise douloureuse qui dure deux à trois minutes, la respiration est courte et haletante, puis tout rentre dans l'ordre. Pas d'albumine.

En juillet 1899, M. le professeur Fochier, consulté, décide qu'il y a lieu d'intervenir par l'accouchement prématuré ; la date de l'intervention est fixée au 15 août 1899. A ce moment, la malade examinée ne présente

aucun symptôme d'intoxication, pas de céphalée, pas de troubles de la vue, pas d'albumine, un peu d'œdème fugace au niveau des tibias. L'enfant se présente par le siège; les bruits du cœur sont bien frappés à 140 à la minute, les mouvements bien perçus. Les tentatives de version par manœuvres externes ne sont pas suivies de succès.

Devant cette absence de symptômes, on se décide à retarder l'intervention; les urines sont examinées très fréquemment, et le lundi 23 août on trouve des traces indiscutables d'albumine. Le 24 août on met une sonde et le 28 août l'accouchement se produit : l'enfant souffre pendant le travail, ce qui nécessite une extraction par les pieds, la dilatation étant à peine complète.

Pendant les cinq jours d'attente, l'albumine a augmenté légèrement, mais l'état général est resté très bon : l'enfant, du sexe féminin, pèse 2.725 grammes; le placenta, sans lésion apparente, pèse 450 grammes. L'enfant ne présente aucune éruption; ses urines contiennent un peu d'albumine, qui disparaît au bout de quelques jours. La mère le nourrit avec succès, malgré quelques gerçures très douloureuses; elle se lève vers le douzième jour et rentre chez elle trois semaines après l'accouchement. Les urines ne contenaient pas d'albumine à ce moment et n'en ont jamais présenté depuis.

L'enfant s'est développée normalement; son poids est de 9 kilogr. à huit mois et demi.

Examen du placenta. — Les membranes sont complètes, la caduque ne présente pas d'épaississement notable.

La face fœtale du placenta présente un certain nombre de plaques blanches irrégulières, minces à la coupe, les plus épaisses ont deux à trois millimètres.

Sur la face maternelle, la caduque ne présente rien de particulier à signaler : la consistance du placenta est partout uniforme, sur les coupes faites environ tous les deux centimètres, on ne trouve rien de particulier à signaler. Des fragments du placenta sont prélevés et plongés les uns dans l'alcool à 60°, les autres dans le liquide de Muller.

Au microscope, on constate que les lésions sont peu marquées : l'amnios est normal, la couche de revêtement est constituée par des cellules de dimensions régulières, dont la hauteur est plus considérable que la largeur; les noyaux sont situés au milieu de l'élément. Pas d'infiltration dans la couche sous-endothéliale, qui est d'épaisseur normale; les noyaux sont régulièrement espacés.

Le *chorion sous-amniotique* et les gros vaisseaux ont leur disposition normale; les parois vasculaires ne sont pas le siège d'une prolifération marquée, mais les noyaux en forme de bâtonnets sont un peu plus nombreux que d'ordinaire. La surface libre du chorion du côté du sinus sous-chorial est recouverte d'une couche de fibrine d'épaisseur irrégulière. A cette couche sont accolés de loin en loin des groupes de villosités qui avec elle forment une masse compacte dans laquelle on peut distinguer des champs de tissu chorial représentant des villosités coupées transversalement; les vaisseaux sont rétractés, ne contiennent plus de globules rouges; en d'autres points, les parois vasculaires ont complètement dis-

paru. A la périphérie de ces champs, on trouve des amas formés par des groupes de noyaux tassés les uns contre les autres et qui proviennent du syncytium proliféré ; ces noyaux se colorent très vivement par les réactifs.

C'est là ce qu'on appelle l'infarctus blanc, lésion que l'on peut rencontrer dans un placenta normal ; mais il semble que dans le cas particulier leur nombre est considérable, leurs dimensions ne présentent cependant rien d'anormal.

Dans les régions moyennes du placenta, au-desssous du grand sinus sous-chorial, les infarctus blancs sont moins nombreux ; ce qui frappe, ce sont les altérations des artères et du syncytium.

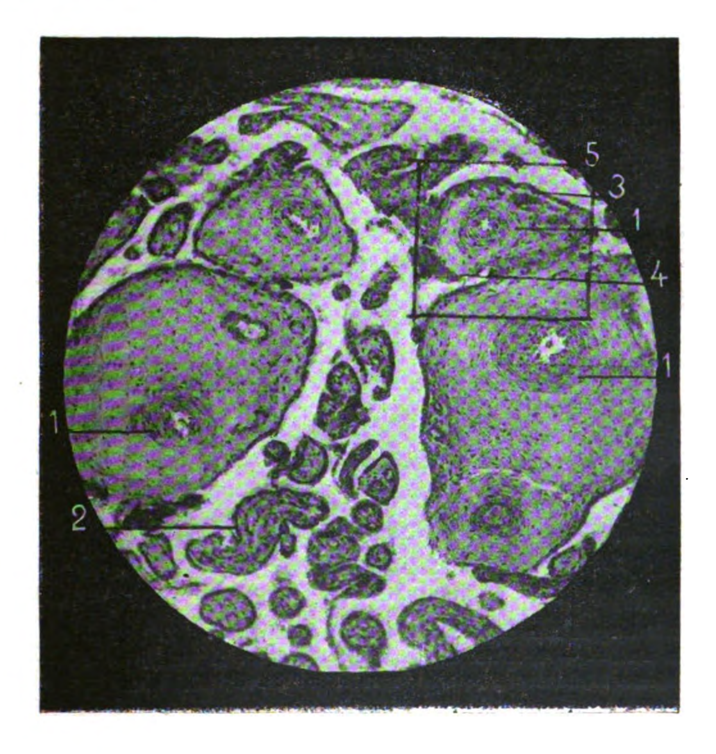


Figure I.

Groupe de villosités du placenta de Mme H.... Accouchement prématuré artificiel pour albuminurie. — G. 100 D. — 1. Artères à parois un peu épaissies. — 2. Villosités à espaces sanguins lacunaires. — 3. Syncytium normal. — 4. Masse de fibrine. — 5. Région représentée dans la figure II grossie 500 fois.

La figure I est la reproduction d'une photographie d'un groupe de troncs villeux à vaisseaux canaliculés ; les parois vasculaires sont épaisses, les noyaux sont en nombre exagéré, et cela surtout au niveau des artères (1). On ne peut pas dire qu'il s'agit d'une véritable artérite ; la limite externe de la paroi artérielle est aussi plus nette que dans le pla-

centa normal, que l'on examine un placenta dont le cordon ait été lié ou non avant la section, il faut admettre l'existence d'un certain degré de sclérose vasculaire.

Dans les villosités à espaces vasculaires lacunaires (2) on ne peut signaler de particulier que l'irrégularité de la couche syncytiale. Cette disposition est aisée à observer dans le point 3 de la figure II; les

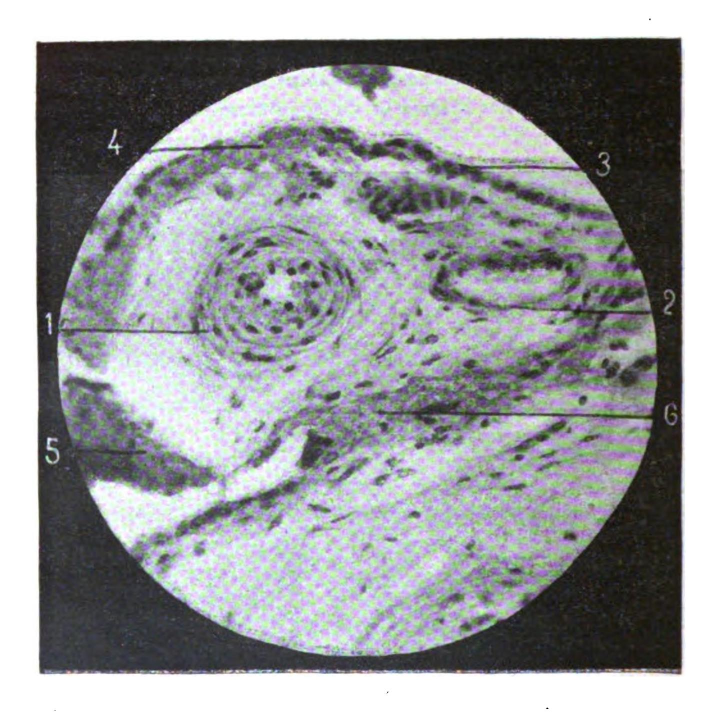


Figure II.

Un point de la figure II représenté grossi à 500 D. — 1. Artère. — 2. Veine. — 3. Syncytium normal. — 4. Masse fibrineuse avec quelques noyaux irréguliers. — 5, 6. Masses fibrineuses qui soudent entre elles deux villosités ; à ce niveau le syncytium a complètement disparu.

noyaux sont assez régulièrement disposés ; mais plus on se rapproche du point 4, plus la répartition devient sans ordre ; en ce point ils sont très espacés, englobés dans une masse de fibrine qui soude entre elles deux villosités, en 5 et en 6, les noyaux ont disparu. Cette altération du syncytium existe sur presque toutes les villosités et les amas de fibrine sont très apparents dans les coupes colorées au carmin aluné ; la fibrine se colore alors en un rouge sale qui tranche très nettement avec la coloration du reste du placenta.

La *caduque placentaire* présente une épaisseur normale (Voir fig. III), la couche de Nitabusch (1) se continue en certains points avec des amas de fibrine ; mais cette disposition est beaucoup moins fréquente qu'au niveau du grand sinus sous-chorial. Les cellules déciduales présentent leurs dimensions et leurs formes normales ; on ne constate pas d'infiltration de cette couche par des globules blancs.

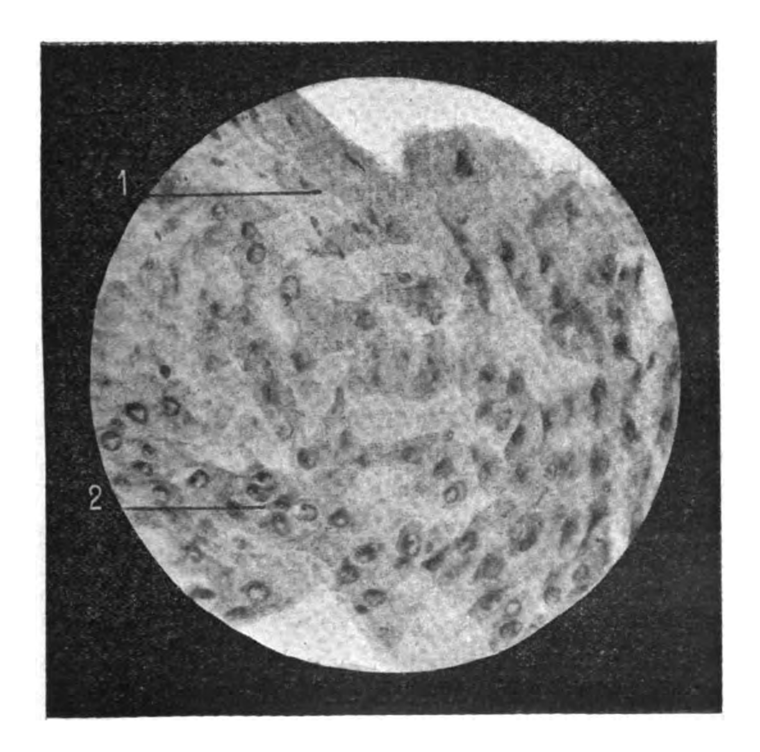


Figure III.

Caduque placentaire du placenta de Mme H... — G. 500 D.
1. Couche de Nitabusch. — 2. Cellules déciduales normales.

De cet examen on peut conclure que la lésion dominante porte sur le syncytium, dont la disposition régulière est modifiée par la disparition des noyaux et leur fonte au milieu d'une couche de fibrine ; en même temps du côté des vaisseaux il existe une légère sclérose. S'agit-il d'une lésion syphilitique ? Nous ne le croyons pas, parce que l'amnios ne présente pas les caractères particuliers à cette maladie. De plus, la lésion artérielle est légère ; rien de particulier n'a été constaté chez l'enfant, qui s'est développé par la suite très normalement. De plus, étant donnée la condition sociale des époux, ce diagnostic doit être considéré comme très improbable.

En résumé, après trois grossesses terminées par l'expulsion d'un enfant mort avec des crises d'éclampsie pendant la première grossesse, alors que l'albuminurie ne persiste pas après l'accouchement, nous avons par l'accouchement prématuré provoqué la naissance d'un enfant vivant dont le placenta présente des lésions légères ; l'albuminurie n'a duré que cinq jours.

(*A suivre.*)

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DU PNEUMO-THORAX ET DE SA VARIÉTÉ.

Par le docteur NICLOT,
Médecin-major répétiteur à l'École du Service de Santé.

Prenez un flacon traversé de deux tubes en son bouchon ; l'un est en communication avec la pompe du Potain, l'autre est garni d'une membrane de caoutchouc.

Prenez d'autre part la seringue de Roux de 10 ou 20 centimètres cubes ; tirez le piston à mi-course en aspirant un quart d'air, puis un quart d'eau et piquez verticalement avec ladite membrane : rien ne bouge.

Faites du vide dans le flacon : le niveau d'eau baisse ; faites de la pression : des bulles montent en file dans le liquide.

De même dans un pneumo-thorax, si celui-ci est ouvert, fermé ou à soupape, la pression varie, au-dessous ou au-dessus de l'atmosphère.

Constamment d'ailleurs se fait sentir l'influence de la respiration de la toux.

A plusieurs reprises, depuis le mois de janvier dernier, j'ai montré aux élèves de ma visite l'application de ces données sur le malade ; celui-ci est placé de telle façon que la surface à ponctionner soit horizontale, sinon on raccorde par un tube de caoutchouc ; les résultats ont toujours été probants. Je n'ai pas eu encore cependant l'occasion d'opérer sur un pneumo-thorax à soupape. J'employais auparavant un appareil analogue à celui imaginé dernièrement par M. Beclère et composé de l'aiguille fine du Potain, d'une sonde de Nélaton et d'un tube d'essai avec de l'eau, le tout stérilisé par l'ébullition.

Mais je considère la seconde méthode comme préférable, parce que les petits pneumo-thorax ouverts ou ceux qui communiquent très largement avec l'extérieur ; on peut le vérifier sur un empyème opéré, ne donnant souvent aucune bulle par la toux et le niveau manométrique demeure fixe, tandis que dans ces cas une légère traction du piston suffit alors à faire naître une foule de globules gazeux.

De même l'aiguille capillaire peut aisément s'obstruer et le même procédé intervient ; les aiguilles les plus courtes et les plus larges sont du reste les meilleures.

Enfin il n'y a aucune instrumentation à combiner, l'on a sous la main une seringue stérile que l'on emploie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 11 juin 1900. — Présidence de M. Horand.

M. le Président fait part de l'élection de M. le professeur Pierret, au titre d'associé national de l'Académie de médecine.

M. Arloing, au nom de M. le professeur Bouchard, fait hommage à la Société du volume publié à propos du *cinquantenaire de la Société de biologie.*

Lecture est donnée d'une lettre par laquelle M. le docteur Dufourt (de Vichy) pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de médecine de Lyon. Une Commission est nommée avec M. le Prof. Lépine comme rapporteur.

STÉNOSE DU PYLORE CHEZ UN ENFANT DE 16 ANS ; PYLOROPLASTIE.

M. Leclerc. Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter en collaboration avec mon collègue M. Villard, est un adolescent, quant à l'âge, puisqu'il a 16 ans accomplis, mais quant à l'habitus extérieur, c'est encore un enfant comme en témoignent l'état glabre du pubis, l'extrême petitesse des organes génitaux externes, l'exiguïté de la taille (1 m. 33).

Au point de vue intellectuel, il a pu apprendre à lire et à écrire, mais il a un développement plutôt inférieur. Cet état d'infantilisme a sans doute pour cause les troubles gastriques dont il est atteint depuis l'âge de 6 ans.

Il est né à terme, troisième enfant d'une famille de sept vivants dont les six autres ont un développement normal. Jusqu'à l'âge de 6 ans c'était un bel enfant, au dire de sa mère, n'ayant jamais présenté aucun trouble digestif important. Aucune affection abdominale aiguë. A l'âge de de 6 ans, sans cause connue de la mère, il commença à avoir des vomissements alimentaires de loin en loin, qui devinrent de plus en plus fréquents au point d'avoir lieu plusieurs fois par semaine, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital de la Croix-Rousse (7 avril 1900). Ils sont précédés de malaises douloureux plutôt que de douleurs très aiguës, auxquels le malade met un terme en se faisant vomir mécaniquement. Ils sont copieux, alimentaires, non bilieux et se produisent généralement plusieurs heures après le repas. Jamais ni hématémèse, ni melæna.

Au moment où on amène le malade à l'hôpital, il est pris d'une crise de tétanie très violente, qui est la seconde, et qui est suivie d'une troisième et dernière dans la journée. Objectivement, le ventre est gros et tendu, même après les vomissements. Aucun empâtement, aucune tumeur. On constate par les procédés classiques de la recherche de la dilatation de l'estomac, y compris l'insufflation, l'existence très nette d'une grosse dilatation stomacale. Les lavages à jeun ramenaient chaque fois des résidus alimentaires importants. Il est même impossible, quelle que soit la quantité d'eau de lavage employée, de ramener un liquide clair et limpide. Il y a donc rétention gastrique.

A plusieurs reprises, à la visite, on a constaté des ondes de péristaltisme à la région épigastrique allant généralement de gauche à droite. Le repas d'épreuve donne un chimisme *normal*. Le diagnostic clinique : *Sténose du pylore de nature inconnue.*

Abstraction faite de l'état d'infantilisme dont nous avons parlé, l'état général est bon, l'appétit excellent. Le poids est de 29 kilos.

Aucun trouble morbide dans les divers appareils autre que l'appareil digestif.

En face de l'échec de tous les traitements médicaux, de la fréquence de plus en plus grande des vomissements, de l'arrêt relatif dans le développement, une intervention chirur-

gicale est proposée à la mère et à l'enfant et acceptée. Elle est pratiquée le 21 avril. On trouve une plaque dure, faisant corps avec la paroi du pylore en haut et en arrière et occupant les deux tiers ou les trois quarts seulement de la circonférence pylorique. Tout autour, ganglions non adhérents et ne comprimant rien. Il n'y a aucune autre adhérence pylorique. Une fois l'incision pour la pyloroplastie pratiquée, il est permis de voir que la muqueuse pylorique est macroscopiquement saine.

Aucune complication post-opératoire. Le résultat est remarquablement bon. Aujourd'hui (11 juin), un peu moins de deux mois après l'opération, le malade a augmenté de 5 kil. 100, et il n'a pas eu un seul vomissement.

De quelle nature était ce rétrécissement du pylore? On ne peut faire que des hypothèses.

On doit éliminer tout naturellement une sténose cancéreuse, une sténose d'origine biliaire, un rétrécissement dû à une compression ou à une bride péritonéale. Il ne s'agissait pas non plus d'un rétrécissement congénital, puisque les troubles gastriques n'avaient commencé qu'à l'âge de 6 ans.

L'hypothèse d'une sténose hypertrophique simple devait être également écartée puisque la zone indurée n'occupait pas toute la circonférence du pylore, et puisque la présence de ganglions témoignait d'un état infectieux antérieur.

L'hypothèse d'une cicatrice avec induration, reliquat d'un ancien ulcère rond du pylore, mérite d'être discutée. Or, l'extrême rareté de l'ulcère rond dans la seconde enfance, l'absence d'hémorragie, l'infection ganglionnaire antérieure, le chimisme normal après le repas d'épreuve sont autant de raisons qui rendent cette hypothèse peu probable.

Reste l'hypothèse d'une sclérose tuberculeuse primitive de la tunique sous-muqueuse du pylore. Nous n'avons malheureusement aucun examen histologique, soit de la partie indurée, soit des ganglions pouvant étayer ce diagnostic. Néanmoins l'exclusion des autres causes de sténose pylorique, l'âge du malade, la présence des ganglions, le rendent parfaitement plausible.

M. Villard relate les incidents qui ont marqué l'opération : l'anesthésie a été pratiquée à l'éther. Sous l'influence de cet agent, il s'est pro-

duit une hypersécrétion bronchique intense avec toux, menaces d'asphyxie et éviscération totale. Dans ces conditions, M. Villard a dû terminer l'opération le plus promptement possible et négliger l'ablation des ganglions contenus dans l'épiploon gastro-hépatique, ganglions dont l'examen histologique aurait sans doute contribué à élucider la pathogénie de l'affection. M. Villard précise ensuite la nature et le but de son intervention : c'est une *pyloroplastie* faite au niveau de la face inférieure de la région pylorique.

M. Delore félicite MM. Leclerc et Villard du beau succès qu'ils ont obtenu. Il est heureux d'avoir entendu M. Leclerc discuter la question de l'ulcère ; celui-ci n'est pas rare chez le nouveau-né, et M. Delore l'a constaté plusieurs fois à l'amphithéâtre sur des sujets morts de mélæna. Il croit que chez le malade de M. Leclerc on peut parfaitement admettre l'hypothèse d'une sténose cicatricielle consécutive à un ulcère remontant aux premiers mois de la vie.

M. Vinay, interrogé par M. Lépine sur la fréquence de l'ulcère chez le nouveau-né, répond qu'il n'a jamais fait de constatation anatomo-pathologique, attendu que, dans son service, il a toujours vu guérir les nouveau-nés atteints de mélæna. Le traitement qu'il employait consistait simplement à leur administrer toutes les heures quelques gouttes d'eau de Léchelle dans de l'eau.

M. Aubert, à propos des troubles survenus pendant l'anesthésie chez ce jeune garçon, rappelle que l'injection préalable de morphine et d'atropine constitue un bon moyen de les prévenir.

M. Lépine demande si ce n'eût pas été le cas d'employer le chlorure d'éthyle dont on vante l'heureuse application depuis quelque temps.

M. Villard se déclare très partisan de l'anesthésie au chlorure d'éthyle, mais n'en a pas une expérience suffisante chez les enfants.

M. Aubert analyse un travail de M. le docteur Garel sur le chancre syphilitique des fosses nasales, et propose d'inscrire l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de médecine.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

SUR LES MANIFESTATIONS OCULAIRES DE L'HYSTÉRIE.

M. Grandclément passe en revue les manifestations oculaires les plus fréquentes de l'hystérie. Il a observé surtout de l'astigmatisme, des épiphoras, ou bien au contraire un véritable dessèchement de l'œil. Un phénomène très curieux et qui paraît être d'ordre hystérique, est celui auquel on a donné le nom de copiopsie ; c'est une paralysie subite et très douloureuse de l'accommodation.

M. Grandclément relate à ce propos l'observation d'une femme hystérique qui ne pouvait jeter les yeux sur un livre sans être prise de douleurs atroces. Elle fut rapidement améliorée par la pilocarpine; mais M. Grandclément met plutôt cet heureux résultat sur le compte de la suggestion qui demeure, dans l'espèce, la médication héroïque.

Les phénomènes oculaires de nature hystérique ne sont pas l'apanage exclusif du sexe féminin; M. Grandclément les a observés parfois chez les hommes, et ils sont apparus généralement alors comme résultats de l'hystéro-traumatisme. Il cite notamment le fait d'un ouvrier qui, à la suite d'un léger traumatisme de l'arcade sourcilière, fut atteint d'amblyopie avec dilatation papillaire monoculaire. Craignant quelque simulation, M. Grandclément a isolé le malade; la mydriase a persisté; force fut donc d'admettre l'influence du traumatisme. La nouvelle loi sur les accidents du travail a singulièrement multiplié les observations de ce genre; aujourd'hui le moindre trouble oculaire éprouvé par un ouvrier est soumis à l'examen du spécialiste, dans l'espoir d'obtenir quelque indemnité des patrons. Au point de vue médico-légal, ce sont là des problèmes fort délicats et souvent fort difficiles à résoudre.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 16 mai 1900. — Présidence de M. Vallas.

ANGIOME DU PLI DU COUDE.

M. Viannay, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Jaboulay un angiome veineux du pli du coude chez un malade de 57 ans. La tumeur, qui date de deux ans, a amené depuis un mois des phénomènes de compression nerveuse. Pas d'autres phénomènes variqueux, pas de varices des jambes malgré sept grossesses.

Ablation facile, ligatures de trois pédicules veineux.

M. Viannay signale la rareté de cas semblables au coude et rapporte deux cas de Jean-Louis Petit. Ces tumeurs, qui rentrent dans le groupe des angiomes phlébogènes d'Esmarch, sont plus fréquentes au cou.

NÉCROSE SYPHILITIQUE DU FRONTAL.

M. VIANNAY présente encore une autre malade du service de M. Jaboulay, atteinte de nécrose syphilitique du frontal.

Cette femme, âgée de 40 ans, a toujours été bien portante. Mariée à 24 ans, elle a eu un enfant, aujourd'hui âgé de 15 ans; jamais d'avortement. Son mari est mort phtisique, à l'âge de 30 ans. On ne trouve dans son passé aucun antécédent spécifique. L'interrogatoire le plus minutieux n'a rien fait découvrir chez elle, ni pendant ses sept années de mariage, ni depuis son veuvage, qui rappelât de près ou de loin la syphilis.

Il y a trois ans, elle commemça à éprouver des douleurs de tête assez vives, lancinantes, localisées dans la région frontale, et plus fortes le soir. Deux mois après, elle vit apparaître au milieu du front une petite grosseur, du volume d'une noix, d'abord dure, qui alla peu à peu en se ramollissant, et fut incisée par un médecin. L'incision ne se ferma pas, et depuis trois ans cette femme porte au milieu du front la lésion que l'on voit encore aujourd'hui. C'est à savoir : une ulcération arrondie, ayant la forme et les dimensions d'une pièce de cinq francs, taillée comme à l'emporte-pièce et intéressant toutes les parties molles, jusqu'à l'os qui apparaît au fond de la plaie, dénudé, sec et noir. On ne constate pas de périostose sur les autres régions du crâne, ni ailleurs aucune autre manifestation du tertiarisme.

Entrée le 4 avril 1900, dans le service de M. Jaboulay, cette malade, qui n'avait jamais suivi aucun traitement spécifique, fut mise à l'iodure, à la dose de 4 grammes par jour. La lésion s'étant peu modifiée et restant assez atone, après un mois de traitement ioduré, on a eu recours, il y a huit jours, aux injections massives de calomel. Ce traitement est encore trop récent pour qu'on puisse en apprécier les résultats : la malade a reçu hier seulement sa seconde injection. Cependant, en un point déjà, le bord gauche de l'ulcération commence à bourgeonner.

M. Viannay insiste sur l'absence de tout antécédent syphilitique décelable par l'interrogatoire chez cette femme, ce qui est d'ailleurs, sinon la règle, du moins un fait extrêmement fréquent. Il rappelle que, s'étant occupé de cette

question, il y a deux ans, alors qu'il était interne de M. Cordier aux Chazeaux, il était arrivé aux conclusions suivantes :

« Sur 100 femmes de la classe hospitalière, atteintes de lésions tertiaires typiques, *dans plus de la moitié des cas* (52 *pour* 100), l'interrogatoire ne révèle aucun antécédent spécifique, et sans les caractères pathognomoniques de l'accident tertiaire, rien ne ferait soupçonner chez ces malades l'existence de la syphilis. *Dans* 32 *cas seulement*, on trouve des antécédents spécifiques indubitables (symptômes secondaires le plus souvent). Enfin, dans les 16 autres cas, on note des avortements, des accouchements prématurés, des enfants morts en bas âge, mais pas de symptômes syphilitiques proprement dits (1). »

M. Icard demande ce que M. Viannay entend par ces mots « absence d'antécédents » ? Veut-il dire que les antécédents spécifiques ont réellement fait défaut, ou bien qu'ils ont été méconnus ?

M. Viannay veut parler des antécédents méconnus, soit que, très légers, ils aient passé complètement inaperçus, soit que la malade ignore leur véritable nature, soit que sachant parfaitement à quoi s'en tenir, elle induise volontairement le médecin en erreur.

M. Vallas demande si M. Jaboulay pense intervenir chirurgicalement, pour aider à l'élimination de la portion nécrosée du frontal. Il rappelle que, pour les cas comme celui-là, M. Poncet a préconisé le *décapage* de l'os malade. Ce traitement a l'avantage de permettre le développement des bourgeons diploïques, et de hâter ainsi la réparation des lésions.

M. Viannay. Il n'a pas été question, jusqu'ici, d'intervention. On attend l'effet des injections de calomélas.

ABLATION D'UN CANCER DE LA BASE DE LA LANGUE, DE L'AMYGDALE ET DU PILIER DU VOILE DU PALAIS.

M. Dauvergne, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Vallas un malade opéré d'un énorme cancer qui après avoir commencé dans la partie droite de la base de la langue avait envahi l'amygdale, le pilier droit du voile du palais et un ganglion parotidien.

Ce malade s'aperçut, il y a un an, d'une petite tumeur

(1) Viannay : De la fréquence des lésions tertiaires sans antécédents, chez la femme, dans le milieu hospitalier, d'après l'étude de 100 observations. (*An. de derm. et de syph.*, p. 879, 1898.)



siégeant à droite, à la partie postérieure de la langue, en regard de la deuxième molaire inférieure

Cette tuméfaction augmenta assez lentement de volume, mais d'une façon assez notable pour gêner la déglutition du malade. En effet, à son entrée à l'hôpital, on constatait une induration en nappe, sans ulcération de toute la partie postérieure droite de la langue ; cette induration occupait également le pilier antérieur du voile du palais et l'amygdale du même côté.

De plus, on constatait dans la région parotidienne du même côté un gros ganglion dur et immobile.

L'état général était bon, il n'y avait pas d'amaigrissement : c'est ce qui décida l'intervention.

On pratiqua une première incision verticale au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien pour enlever le ganglion carotidien. De l'extrémité supérieure de cette incision on en fit partir une seconde de 8 centimètres, parallèle au bord inférieur du maxillaire. On pratiqua la résection partielle de ce dernier : la branche montante droite et une portion de la branche horizontale. De cette façon on peut avoir un jour suffisant pour pratiquer l'ablation de la tumeur par une hémisection de la langue du pilier du voile du palais et de l'amygdale du même côté.

Après l'opération, pour alimenter le malade, on ne plaça point de sonde œsophagienne à demeure ; mais par un simple embout de caoutchouc on lui donna pendant quelques jours des aliments liquides. Rapidement il put boire lui-même, et actuellement, c'est-à-dire moins d'un mois après, le malade quitte le service, mangeant de tout, avalant parfaitement, n'éprouvant qu'une simple difficulté de la parole.

M. Vallas constate que ce cas complète une série de grosses interventions pour cancer glosso-pharyngien ; ce malade lui a été envoyé par M. le prof. Poncet.

M. Vallas constate la rapidité avec laquelle le malade s'est relevé après l'intervention ; opéré depuis dix-huit jours, il va très bien au point de vue local et général ; il a été opéré, il est vrai, avant l'apparition de la cachexie. L'adénopathie carotidienne était assez volumineuse et la néoplasie occupait l'amygdale, le pilier antérieur, la base de la langue et le voile.

En pareil cas, M. Vallas préconise la résection de la moitié du maxillaire, pour donner du jour ; de plus, cette opération est avantageuse, car

parfois le périoste de l'os est déjà envahi. Il fait une première incision verticale carotidienne, puis fait partir de cette incision une incision transversale de 7 à 8 centimètres le long du bord inférieur du maxillaire inférieur. On a ainsi un lambeau inférieur; puis on opère l'ablation du maxillaire, et l'on a alors une large brèche; en écartant les deux lèvres de la plaie, on peut saisir le néoplasme entre des pinces et sectionner très largement.

Pas de ligature préventive ; la linguale et la faciale sont liées au cours de l'intervention.

Après l'ablation de la tumeur, on réunit la paroi postérieure du pharynx à la muqueuse de la base de la langue pour isoler la plaie de la cavité buccale; M. Vallas attribue à ce fait la cicatrisation rapide et complète sans fistule salivaire.

Ce procédé se rapproche de celui de Czerny. Dans le procédé de Czerny, l'incision transversale part de la commissure labiale, mais alors l'alimentation buccale est gênée un certain temps, en attendant la soudure de l'orbiculaire des lèvres.

Pas de prothèse dans ce cas.

Comme précautions opératoires, M. Vallas rejette la *trachéotomie préventive* par peur du sang, et la remplace par une opération méthodique et la ligature des vaisseaux sectionnés (artères faciale et linguale); donc les *ligatures préventives* ne sont pas nécessaires. Au point de vue de l'alimentation, habituellement M. Vallas emploie au début la sonde naso-œsophagienne. Chez ce malade il ne l'a pas utilisée, mais au début l'alimentation fut liquide et portée au fond du pharynx avec un tube de caoutchouc; dès le troisième jour le malade, au courant de la manœuvre, a pu se passer d'aide.

Par la *suppression des opérations préventives,* on obtient une guérison rapide.

Avec de semblables interventions, M. Vallas a eu une série de succès et rappelle un cas analogue chez un homme de 65 ans; mais dans ce cas on mit une sonde à demeure, la guérison fut plus longue; le malade fut revu six mois après et on constata que la langue et la bouche étaient accolées, laissant un orifice suffisant pour l'alimentation; *le malade a engraissé de 30 kilos.*

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE PATHOLOGIQUE.

M. Guinard présente un gros caillot cardiaque qui, chez un chien porteur d'une endocardite grave, a été trouvé au cours d'expériences faites avec M. le prof. Soulier sur l'action des médicaments dits d'épargne et sur les modifications apportées aux urines chez les animaux soumis à un travail forcé, avec ingestion d'aliments d'épargne.

Comme aliments d'épargne ils donnent du kola, du café, de l'alcool; dans ce cas ils ont donné de l'alcool. Mais la diffi-

culté, c'est d'obliger l'animal au travail forcé ; comme le déclare M. le prof. Chauveau, il est fort difficile de les faire marcher et tourner constamment.

M. Guinard, en utilisant l'influence stimulante de l'apomorphine, oblige les animaux (les chiens) à marcher et à courir jusqu'à exténuation complète. Il a pris deux chiens de 20 kilos environ, dont l'un comme témoin ; après administration de 20 grammes d'apomorphine, ils ont comme d'habitude des vomissements, puis de l'excitation ; ils trottent puis galopent pendant une heure à une heure trois quarts, et ils tombent exténués ; dans ce laps de temps, ils s'usent les coussinets plantaires et les ongles, ils saignent même.

En faisant une pareille expérience, M. Guinard a constaté avec M. Soulier, que le chien alcoolique s'est lassé plus vite, il a couru plus d'une heure et brusquement s'est abattu et est mort ; pourtant il ne s'agissait pas d'intoxication, la dose d'apomorphine étant insuffisante.

A l'autopsie, endocardite aiguë grave (fait rare chez le chien), présence d'un énorme caillot dans l'oreillette, caillot datant vraisemblablement de 4 à 5 jours ; probablement il adhérait à la paroi, s'est détaché et a oblitéré l'orifice auriculo-ventriculaire, d'où mort brusque.

Comme particularités, M. Guinard insiste donc sur l'extrême résistance d'un chien aussi gravement malade et sur le détachement tardif d'un caillot volumineux.

Le Secrétaire annuel, Dr SARGNON.

REVUE DES LIVRES

Traité de physiologie, par MM. MORAT et Maurice DOYON. 2e volume : *Fonctions de nutrition* (suite et fin).

Dans un premier volume, MM. Morat et Doyon avaient présenté l'étude de la circulation et de la calorification ; aujourd'hui, ils nous donnent celle de la respiration et de l'excrétion, par M. Morat, celle de la digestion et de l'absoption par M. Doyon. Ces fonctions sont envisagées ici au point de vue organique, telles qu'elles s'accomplissent dans les systèmes anatomiques qui servent à leur exercice. Quant aux phénomènes intercellulaires de la nutrition, ils seront examinés dans un autre volume.

Si les auteurs se sont partagé les matières du volume, comme il est dit plus haut, ils ne les ont pas exposées dans l'ordre précité, mais dans l'ordre rationnel suivant : *Respiration, digestion, absorption, excrétion.*

La forme est ici la même que dans le premier volume, c'est-à-dire que les notions essentielles et fondamentales sont en gros caractères, les détails techniques et la discussion des faits expérimentaux en caractères moyens, la bibliographie en caractères fins. Il ne faudrait pas inférer, toutefois, de cette division typographique que les étudiants puissent glisser sur les détails techniques. Souvent, au contraire, ceux-ci forment la partie capitale du paragraphe ou de l'article, en se plaçant au point de vue médical.

Au surplus, les auteurs se sont bien gardés de détails oiseux, et ils ont apporté la plus grande clarté dans la rédaction de ceux qu'ils ont conservés.

Tout en donnant à leurs descriptions un caractère aussi médical que possible, MM. Morat et Doyon ont voulu que leur Traité de physiologie soit aussi un monument élevé à la biologie et même à la biologie générale. Aussi y trouve-t-on çà et de là des aperçus scientifiques qui ajoutent à l'intérêt des parties voisines et jettent sur l'ensemble un vernis de bon aloi.

Telles sont les considérations générales sur le cycle du carbone, de l'oxygène et de l'azote, sur la digestion et l'aliment, sur la diffusion des ferments digestifs dans le monde animé, sur l'excrétion et l'absoption, les aperçus sur le mécanisme des oxydations intra-organiques, etc.

La respiration est traitée d'une façon tout à fait remarquable. On est véritablement surpris que l'auteur ait pu introduire tant de choses importantes dans 175 pages. On devine le savant qui a vécu au contact de Paul Bert à l'époque où la respiration était une passion chez notre grand et regretté physiologiste. Il est impossible d'écrire avec plus de mesure sur un sujet aussi vaste, où il est si facile de s'abandonner aux envolées de la science et de perdre de vue les applications pratiques.

On est frappé aussi de l'intérêt que M. Doyon a su donner à une partie généralement regardée comme fatigante et fastidieuse, celle qui traite des aliments. L'auteur a su être

complet et attachant durant plus de 100 pages, grâce aux divisions et subdivisions qu'il a introduites dans son sujet, et à l'idée de montrer les aliments aux prises avec les ferments digestifs au fur et à mesure qu'il les décrit, et de faire ressortir les conséquences de la réaction du ferment sur les aliments.

Tous les actes de la digestion sont traités avec soin et on devine avec quelle compétence, si l'on veut bien se souvenir des travaux de M. Doyon sur la digestion intestinale et la sécrétion du foie.

Les auteurs ont sacrifié à une habitude qui tend à s'établir de plus en plus, consistant à séparer complètement les actes mécaniques de la digestion des sécrétions liées à la digestion. Elle a peut-être l'avantage de mieux grouper les phénomènes qui ont entre eux des analogies marquées.

L'absorption renferme l'indication de tout ce qui peut être utile de savoir théoriquement et pratiquement.

L'excrétion de l'urine a été particulièrement soignée. Non seulement la sécrétion urinaire est exposée avec tous les développements nécessaires, mais encore M. Morat a traité largement des principes essentiels de l'urine, de leur origine, de leur formation dans l'organisme, des rapports de leur genèse avec le travail physiologique ; et indiqué, d'une manière suffisante, les principes accidentels comme le sucre et l'albumine.

Dans toutes ses parties, le livre de MM. Morat et Doyon fait mention des nouveautés scientifiques : la radioscopie, la cryoscopie, les poisons microbiens ont leur place marquée comme autant de jalons plantés sur une route dont le terme est entrevu mais non atteint.

Les auteurs justifient les espérances qu'ils nous avaient fait concevoir à l'apparition du premier volume. On ne saurait trop les féliciter de la conscience qu'ils apportent à l'accomplissement de leur tâche. Ils nous donnent généreusement le fruit d'un labeur considérable.

S. Arloing.

REVUE DES JOURNAUX

Botryomycome. — Dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 juin 1900, M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, publie une très intéressante communication de *Botryomycome* siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale.

Il s'agit d'un étudiant en médecine qui montait fréquemment à cheval et soignait ses chevaux. (On sait que MM. Poncet et L. Dor ont montré que la botryomycose équine ou champignon de castration du cheval existait chez l'homme sous forme de tumeur framboisée, des doigts, de la main, etc.).

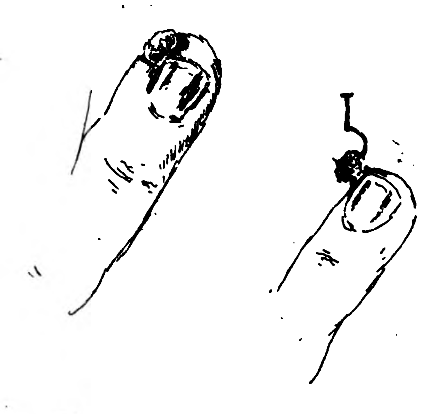


Figure 1. Figure 2.

Dessin d'après nature (Dr Briau). — Fig. 1 : Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale. — Fig. 2 : La même tumeur, soulevée par un crochet, montrant son pédicule.

La petite tumeur (fig. 1 et 2) enlevée, il y a seize mois par M. Poncet, n'a pas récidivé. L'examen histologique, pratiqué par M. Dor, a montré que l'on se trouvait en présence d'un botryomycome typique. (Voir mémoire de MM. Poncet et L. Dor. (*Arch. gén. de méd.*, fév. et mars 1900.)

Traitements modernes de la sciatique. — Le docteur Lesmes Rodriguez dans son journal *Los nuevos remedios,* n° 5, 1900) mentionne quelques médications préconisées dans ces dernières années contre la sciatique.

Il rappelle les essais que Crocq a faits avec l'ichthyol, administré à l'intérieur sous forme de capsules de 10 centigrammes (six à huit capsules par jour), et à l'extérieur en frictions sur la partie endolorie dans des liniments où il est associé au baume tranquille au chloroforme.

Un autre mode de traitement également préconisé par le docteur Crocq consiste en injections hypodermiques de glycéro-phosphate de soude en solution à 25 °/₀ dans l'eau distillée. MM. Robin et Billard reconnaissant l'action utile des glycérophosphates dans le traitement de la sciatique ; mais ils préfèrent employer un mélange de plusieurs glycérophosphates. Ils conseillent une solution de :

Glycérophosphate de chaux.......	4	centigr.
— magnésie....	4	—
— potasse.....	4	—
— soude.......	13	—
Eau distillée....................	1	gramme.

pour une injection.

Ces solutions doivent être préparées avec toutes les précautions aseptiques et conservées dans des ampoules de verre pour éviter leur altération.

On fait une à quatre injections par jour le plus près possible de l'endroit douloureux. Cette opération n'est généralement pas douloureuse. Ce traitement est continué huit à dix jours et donne très souvent de bons résultats. Si cependant au bout de ce laps de temps la douleur ne s'est pas amendée, il faut y renoncer et chercher d'autres moyens thérapeutiques.

On peut avoir recours au baume de copahu. On prétend avoir obtenu quelques succès en en faisant prendre au malade 50 à 60 gouttes par jour.

Le docteur Furnée a obtenu un certain nombre de guérisons par la cautérisation de la peau sur le trajet du nerf sciatique avec l'acide chlorhydrique. Ces cautérisations sont assez douloureuses. (*Journal de neurologie* du 5 mai 1900.)

Traitement de l'accès de tachycardie paroxystique par l'arrêt de la respiration en expiration forcée. — Le docteur X..., atteint lui-même de la maladie de Bouveret, aussitôt qu'il sent une crise, s'arrête, fait une expi-

ration forcée, chasse tout l'air qu'il peut, s'assied les bras collés contre la poitrine et la comprimant, les avant-bras appuyés sur les cuisses; il retarde le plus longtemps qu'il peut l'inspiration. Il a essayé de l'arrêt en inspiration forcée, mais a très rarement réussi. (*Bul. méd.*, 1900.)

La diphtérie des animaux. — A propos de la communication de M. Turner (voir *Lyon Médical*, t. XCIV, n° 20, p. 99), M. Macfadyen déclare que la diphtérie aviaire est due non pas à une bactérie, mais au parasite *singamus trachealis*. De plus, cet auteur a pu découvrir, en commun avec M. Havlett, un bacille très voisin du bacille diphtérique de l'homme chez les oiseaux sains, surtout chez les pigeons. C'est cette dernière bactérie qui a probablement créé la confusion chez quelques observateurs. (*Brit. med. Journ.*, 21 avril, et *Vratch*, n° 17.)

Nouveau traitement de l'artério-sclérose, par Kowalewski. — 1° Diminuer les sels calcaires de l'alimentation : par jour 250 gr. de viande, 100 gr. de pommes de terre, 100 gr. de pain, 100 gr. de fruit ou de légume, 100 gr. de poisson. Un peu de beurre et de sucre.— 2° Proscrire lait, fromage, œufs, radis, riz, épinards. Ne boire que de l'eau distillée ou bouillie. — Calomel, sublimé, iodure de mercure augmentent l'élimination calcaire ; de même acétate de potasse, acide oxalique, acide lactique, soit la potion de Rumpf : carbonate de soude 10, acide lactique q. s. pour saturer, eau 200. (*Gaz. med. lombarda*, mars 1899.)

Salbenleim (pommade de gélatine), de Polagatti. — Gélatine de zinc blanche (1) 30, glycérine 20, eau 50, lanoline très pure 48, oxyde de zinc 20. C'est comme un vernis pouvant servir d'excipient. Au moment de s'en servir on le ramollit au bain-marie, on étend avec un pinceau, puis l'on saupoudre avec du lycopode.

(1) Il existe deux gélatines de zinc : 1° *Gélatine dure de zinc :* gélatine blanche 4, oxyde de zinc 3, glycérine 5, eau 9; *Gélatine molle de zinc :* gélatine blanche et oxyde de zinc ââ 3, glycérine 5.

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE.

Compte-rendu administratif, par M. Birot, secrétaire général.

Le compte-rendu de cette année, à l'encontre de celui de l'an passé, sera des plus sommaires. Nous n'avons eu à l'ordre du jour des séances statutaires aucune question palpitante concernant les intérêts moraux ou matériels du corps médical. Quoi qu'il en soit, les membres de la Commission administrative ont fait preuve d'un zèle et d'un empressement dont il faut les remercier. Une mention toute particulière pour nos confrères habitant la campagne et qui, toutes proportions gardées, sont toujours les plus nombreux.

*
* *

Les travaux de la Commission administrative ont consisté en la besogne habituelle des sociétés de secours mutuels ; le compte-rendu de votre trésorier vous édifiera complètement à cet égard et les chiffres en sont éloquents (1).

La seule question qui a retenu cette année la Commission administrative, a été la question que nous faisions pressentir l'an passé : la *révision des statuts*, nécesitée par la loi du 1er avril 1898 visant les sociétés de secours mutuels.

Dans l'assemblée générale de 1899, Me Rougier nous avait donné le conseil d'attendre l'envoi, par le ministère, des statuts-modèles.

C'est en effet ce qui a eu lieu ; la Préfecture en les adressant nous avise que :

« Aux termes de l'article 37 de la loi du 1er avril 1898, les sociétés de secours mutuels approuvées sont tenues, dans le délai de deux ans, de se conformer aux prescriptions de cette loi.

« Il nous prie, en conséquence, de vouloir bien provoquer la révision générale des statuts qui nous régissent, en

(1) Secours distribués :

Aux confrères et veuves de confrères....Fr.	8.749 50
Total de l'avoir au 31 décembre 1899.......	169.088 80

vue de les mettre en conformité avec les nouvelles dispositions et de les lui transmettre ensuite en quatre exemplaires. »

Une Commission composée de MM. Rougier, Odin, Adenot, Grabinski et du Bureau en a fait l'examen.

Nos statuts avaient été si bien préparés par nos prédécesseurs, MM. Desgranges et Rougier, que pour les mettre d'accord avec la nouvelle loi nous n'avons eu qu'à changer le numéro des alinéas.

Sur la proposition d'un membre de la Commission, il a été décidé qu'avant de les envoyer à l'examen du gouvernement, il serait utile d'en faire un tirage préalable qu'on soumettrait aux membres de l'Association.

Nous vous avons invité, en vous adressant cet exemplaire, à en prendre connaissance et à nous indiquer les modifications qui vous paraîtraient utiles d'y apporter. Ce n'est qu'après cet examen que nous enverrons les quatre exemplaires réclamés par la Préfecture pour être soumis à l'approbation définitive.

*
* *

Je termine ce compte-rendu en vous disant que, comme toutes les années précédentes, notre prospérité continue.

Depuis notre séparation d'avec l'Association générale de France, nous faisons des envieux. Vous avez entendu successivement le secrétaire général de l'Indemnité-Maladie et votre président vous parler de toutes les lettres envoyées par les sociétés locales, demandant soit le moyen pour conquérir la liberté, soit pour créer une caisse d'assurances. Hier encore, les associations de Maine-et-Loire et d'Alger, se proposant la création d'une Caisse indemnité-maladie, nous demandait les documents nécessaires.

Constatons avec plaisir nos succès, mais ne nous arrêtons pas en si beau chemin. Travaillons dans la mesure de notre sphère à solliciter des adhésions nouvelles. Depuis quelques années, nous sommes arrivés à un chiffre qui progresse peu. Faisons le vœu, grâce à de nouveaux efforts, que ce nouveau siècle puisse montrer l'Association des médecins du Rhône composée de 300 adhérents !!

Un autre moyen de prospérité pour notre Association, et que notre jeune confrère M. Lacombe s'est empressé, dès

son entrée, à employer, est de perpétuer notre action en rachetant nos cotisations qui, comme vous le disait jadis notre dévoué trésorier, vous fait faire une bonne œuvre et un bon placement, car, entre nos mains, votre don de 300 fr. rend 4 1/2 °/₀ !! et le capital reste à perpétuité dans les caisses de l'Association.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 25 juin :

1° M. Lépine : Rapport sur la candidature de M. Dufourt.

2° M. Soulier : Ulcère de l'estomac chez les enfants.

3° MM. Chatin et Guinard : Contribution à l'étude pharmacodynamique de certains produits salicylés.

Nécrologie. — Notre confrère le docteur Augagneur vient d'avoir la douleur de perdre sa mère. Nous adressons au rédacteur en chef de la *Province médicale* nos plus sincères condoléances.

Le sanatorium de Hauteville. — On a distribué aux députés le rapport de M. Audiffred sur la proposition de loi de M. Fleury-Ravarin tendant à la création d'un institut antituberculeux à Hauteville-en-Bugey (Ain). Cette proposition, dont l'adoption est demandée par le rapporteur, est ainsi conçue :

Une subvention annuelle de 15.000 francs sera inscrite au budget du ministère de l'intérieur au profit de l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents, reconnue d'utilité publique par décret en date du 4 août 1899, pour être affectée à l'institut antituberculeux qui y est annexé.

Cet institut a pour objet l'étude des traitements actuels de la tuberculose avec les observations qu'ils comportent et à la découverte, par des recherches expérimentales, de nouvelles méthodes de traitement de cette maladie.

Nouvelles universitaires. — Sont nommés : Professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Lille le docteur Calmette; professeur de pharmacie à la même Faculté, le docteur Deroide, agrégé.

Congrès de 1900. — Nous avons déjà annoncé que 178 congrès allaient se réunir à Paris pendant l'Exposition universelle.

La plupart de ces congrès sont étrangers à la médecine; mais six d'entre eux peuvent intéresser les médecins et méritent d'être signalés à nos lecteurs :

1° Le Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, du 23 au 28 juillet.

2° Le Congrès international de la presse médicale, du 26 au 29 juillet.

3° Le Congrès international d'électrologie et de radiologie médicale.

4° Le 3e Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée, du 30 juillet au 5 août.

5° Le 13e Congrès international de médecine, du 2 au 9 août.

6° Le 10e Congrès international d'hygiène et de démographie, du 10 au 17 août.

La lutte du thé avec l'alcool en Russie. — M. Pokrovski a donné quelques renseignements intéressants sur l'extension qu'a prise en Russie l'usage du thé et sur l'influence de cet usage pour restreindre les progrès de l'alcoolisme. Le thé fut importé en Russie en 1638. Sa consommation atteint aujourd'hui 48 millions de kilogrammes par an, soit 0,4 kilogr. par habitant. Un habitant de Saint-Pétersbourg consomme de 1,6 à 2 kilogr., tandis qu'un habitant de la campagne n'en consomme que 0,12 à 0,32 par an.

La dépense annuelle pour le thé est de 110 millions de roubles, soit 440 millions de francs. Le thé et le sucre coûtent à la Russie 330 millions de roubles (1,320 millions de francs par an). Le même pays dépense en eau-de-vie, bière et vin 600 à 700 millions de roubles (2,700 à 2,800 millions de francs). En tout, la Russie dépense en thé, sucre et boissons alcooliques plus d'un milliard de roubles, c'est-à-dire plus de 4 milliards de francs, soit le quart des revenus de l'État. La capitale seule consomme pour 16 à 17 millions de roubles (64 à 68 millions de francs) de thé et de sucre, et pour 50 millions de roubles (200 millions de francs) de boissons alcooliques. (*Vratch*, n° 16, 1900.)

Le divorce pour cause d'erreur de sexe. — C'est une cause peu banale. Neuzobauer n'en a pas moins réuni cinquante cas authentiques où le divorce a été prononcé pour erreur dans la qualité sexuelle des parties contractantes.

Dans certains cas, la conformation de ces hermaphrodites était telle que les médecins eux-mêmes ne purent s'accorder, après examen minutieux, sur le sexe de l'individu.

Quarante-six fois sur cinquante cas il s'agissait de mariage entre un homme et un hermaphrodite mâle. Dans trois cas c'était le contraire, la femme avait épousé un hermaphrodite femelle.

Dans un de ces derniers ménages, le mari supposé devint, dirai-je, « enceinte » et accoucha à terme d'un enfant bien conditionné.

Le cas le plus remarquable est celui d'un hermaphrodite mâle qui eut successivement trois maris. C'est le troisième mari qui demanda le divorce après qu'elle, ou plutôt qu'il, lui eut communiqué une blennorragie. (*Écho médical du Nord.*)

L'Académie de médecine militaire a Saint Pétersbourg. — Le 1er janvier 1900, l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg comptait 32 professeurs titulaires et 85 privat-docents pour 737 étudiants.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juin	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent•		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
10	749	0	747	17	+29.5	14	+11.3	4	78	39	0.0	3.9	29
11	749	8	748	21	+30.3	16	+11.9	4	64	39	0.0	4.4	36
12	748	0	745	9	+29.0	15	+13.4	4	65	40	0.0	5.7	20
13	754	24	745	0	+23.0	15	+13.6	8	97	68	1.6	6.5	25
14	755	7	754	17	+23.9	15	+ 9.0	3	98	50	18.5	1.5	28
15	754	0	752	18	+27.1	14	+11.1	4	79	51	0.0	3.3	28
16	753	0	752	18	+28.6	14	+14.6	5	68	45	0.0	3.5	25

Maladies régnantes. — Beaucoup moins de fièvres typhoïdes. Un seul cas nouveau en a été déclaré au Bureau d'hygiène. Mais par contre un très grand nombre de fièvres éruptives.

Chez les enfants une forte épidémie de rougeoles.

Cette semaine, il y a eu un peu moins de petites véroles signalées : 23 seulement au lieu de 32 la semaine passée. Ces 23 varioles se partagent entre tous les arrondissements. Il y en a 6 dans le Ier arrondissement, 3 dans le IIe, 5 dans le IIIe, 2 dans le IVe, 4 dans le Ve, 3 dans le VIe.

Si la petite vérole présente une légère diminution, la scarlatine, par contre, a augmenté notablement de fréquence. Nous en trouvons 20 cette semaine : 7 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIe, 3 dans le IIIe, 3 dans le Ve, et 5 dans le VIe.

En même temps quelques diphtéries : 2 dans le IIIe arrondissement et 3 dans le Ve.

La mortalité est toujours au-dessus de la moyenne habituelle : 191 décès dans la dernière période hebdomadaire, ce qui donnerait un coefficient mortuaire de 21 sur 1000 habitants dans l'année.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 16 juin 1900 on a constaté 191 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Catarrhe pulmonaire	4	Affections du cœur.	13
Variole	2	Broncho-pneumonie	7	— des reins....	11
Rougeole	3	Pneumonie........	9	— cancéreuses..	14
Scarlatine.	1	Pleurésie..........	2	— chirurgicales.	15
Erysipèle..........	1	Phtisie pulmonaire.	33	Débilité congénitale	6
Diphtérie-croup ...	1	Autres tuberculoses	4	Causes accidentelles	5
Coqueluche........	1	Méningite aiguë...	4	Aut. causes de décès	10
Affect. puerpérales.	1	Mal. cérébro-spinales	21		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	12	Naissances	169
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	2	Mort-nés........	15
Bronchite aiguë....	3	Cirrhose du foie ...	5	Décès..........	191

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
B. LYONNET.

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

DEUX CAS DE MORT HABITUELLE DU FŒTUS AVEC ALBUMINURIE CHEZ LA MÈRE TRAITÉS PAR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Par le docteur FABRE,
Chargé du Service de la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Fin. — (Voir le n° 25.)

OBSERVATION II.

Cinq grossesses terminées par l'expulsion d'enfants morts ; deux grossesses avec enfants vivants ; accouchement méthodiquement rapide après 17 jours d'albuminurie : enfant vivant, lésions placentaires très marquées.

(Ces renseignements nous ont été communiqués par M. le Dr Pageault (de Louhans).

Mme B..., qui fait le sujet de cette observation, est âgée de 38 ans, d'origine américaine. Sa santé habituelle est bonne, est d'un tempérament lymphatique. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents pathologiques. Pas de syphilis, ni chez elle, ni chez son mari.

La première grossesse date de 1885 et débute environ deux mois après le mariage; pendant cette grossesse, mais à une époque non précisée, paraît un œdème généralisé; mais comme il n'y a pas de souffrances, le médecin qui lui donne des soins ne prescrit rien de particulier et la malade accouche à sept mois et demi ou huit mois d'un enfant mort, sans qu'on ait eu l'idée de rechercher l'albumine.

La seconde grossesse débute en avril 1886; l'accouchement a lieu le 16 janvier 1887; enfant à terme, vivant et très bien portant à l'heure actuelle. Il est à noter que les quatre premiers mois de la grossesse se passent en voyage (voyage en Amérique); l'accouchement se fait cinq mois après le retour en France. Cette grossesse ne présente rien de particulier, sinon une nervosité excessive; mais aucune enflure n'a été observée. Pas d'examen des urines.

Mme B... devient enceinte pour la troisième fois pendant qu'elle allaite son enfant. Fausse couche d'environ trois mois en 1888, à une date qu'on ne précise pas. Cette grossesse, interrompue de bonne heure, ne laisse que des souvenirs très vagues.

La quatrième grossesse est interrompue prématurément vers sept mois en juin ou juillet 1889. Toujours pas de renseignements précis au point de vue de l'albuminurie qu'on ne soupçonne pas.

La cinquième grossesse, en 1891, date inconnue. Renseignements nuls au point de vue de l'albumine; mais on se souvient qu'il y a eu un œdème marqué des membres inférieurs. L'accouchement débute par une hémor-

ragie menaçante, le médecin qui donne des soins émet des craintes sérieuses au sujet de l'existence de Mme B... ; l'enfant est expulsé mort.

Ce n'est qu'à la sixième grossesse, en 1895, qu'un médecin consulté pendant la grossesse trouve de l'albumine dans les urines ; malgré le régime lacté et le repos relatif, l'albuminurie existe à la date du 1er juin. Le 2 juillet, l'enfant est vivant ; le 4 juillet, expulsion d'un enfant de sept mois mort depuis peu.

La septième grossese commence en 1897, et c'est à ce momont, dit le docteur Pageault, que je suis appelé pour la première fois à donner des soins à Mme X.... Il est bon de dire qu'au début de cette grossesse on a consulté à Paris deux médecins, dont M. Maygrier ; le traitement conseillé par eux et suivi par la malade a été l'iodure de potassium et le lait. M. Maygrier avait cru reconnaître une légère lésion rénale. Le rôle du docteur Pageault s'est borné alors à surveiller attentivement l'apparition de l'albumine et à veiller au repos. Le cœur du fœtus a été ausculté régulièrement, ainsi que celui de la mère. L'albumine a paru malgré tout à la fin de la grossesse ; mais deux jours après il provoqua par des manœuvres digitales l'accouchement *probablement* deux ou trois jours avant le terme vrai. Couches normales, cependant hémorragie post partum grave arrêtée par les injections intra-utérines chaudes et le déblayage des caillots à l'aide de la main. Enfant vivant du poids de 3 kilos.

L'albumine a persisté six semaines après l'accouchement. La mère ne reprenant pas ses forces, on a fait cesser l'allaitement, et tout rentre dans l'ordre assez rapidement. Cette grossesse, terminée le 20 février 1898, a été commencée pendant un voyage en Amérique ; rentrée en France en mai 1897.

La dernière grossesse (huitième) est terminée le 27 mars par un accouchement provoqué artificiel. La grossesse a été surveillée comme la précédente, pas d'iodure, régime lacté, repos au lit ; l'albumine est apparue brusquement le 7 mars ; au même moment, la malade a vomi, a eu quelques malaises. Le docteur Pageault attribue cette apparition de l'albumine, à ce fait que pendant l'épidémie d'influenza, Mme B... voyant les siens malades, inquiétée par un deuil récent, n'a pas suivi son régime d'une façon suffisamment rigoureuse et absolue. On peut évaluer l'albumine à 1 gr. par litre, et dans les autres grossesses l'enfant meurt alors que l'albuminurie dure depuis un mois environ.

M. le Prof. Fochier consulté décide qu'il y a lieu d'intervenir et me confie la malade. Le 27 mars, lorsque j'examine cette malade, elle présente un œdème marqué des membres inférieurs avec un peu de bouffissure de la face ; elle n'a pas de céphalée, ni de vertige, elle n'a pas de malaises.

Le dosage de l'albumine n'a pas été fait d'une façon précise ; mais on peut admettre qu'elle s'élève à 2 gr. par litre. Le pouls est à 80 par minute, régulier, avec une tension assez forte. Rien au cœur, ni aux poumons. Les bruits du cœur fœtal sont sourds, la palpation est difficile à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale ; néanmoins on constate une présentation du sommet en O I G P.

Au toucher, le col est très mou ; il a 3 centimètres de longueur ; l'orifice externe est ouvert, l'orifice interne admet un doigt ; les bords de l'orifice sont résistants. Il n'y a pas de contractions utérines.

Étant donné ce que l'on sait de la marche des grossesses précédentes, qui se sont terminées par la mort de l'enfant, après une albuminurie persistant pendant 30 jours environ ; étant donné que malgré le repos au lit, le régime lacté absolu, l'albumine a augmenté, l'intervention est décidée.

Après dilatation digitale de l'orifice interne, et fixation du col par des pinces d'Hegar, on introduit un ballon de Champetier de moyen volume ; le gonflement s'effectue lentement et immédiatement se produisent des contractions assez pénibles. Quelques inhalations de chloroforme calment un peu ces douleurs. Le gonflement est complété. Au bout d'une heure et d'une vingtaine de contractions, le ballon est expulsé dans le vagin, on introduit un ballon de volume plus considérable, et en un quart d'heure la dilatation est complète, le ballon distendu est extrait à travers la vulve. Jusqu'à ce moment la poche des eaux a pu être ménagée, les bruits du cœur fœtal n'ont subi aucune modification. La poche des eaux est rompue artificiellement, le sommet s'engage en O I G P, les douleurs se précipitent, et en une demi-heure la descente, puis l'expulsion se produisent. L'accouchement a duré 1 heure 45 minutes.

La délivrance se fait spontanément après une attente de 45 minutes, la perte de sang est très faible.

L'enfant a crié immédiatument, il pèse 2.765 gr.

Trente-six heures après l'accouchement, l'albumine disparaît dans les urines. Dix jours après l'accouchement tout paraît normal, la température de la mère n'a pas dépassé 37°,8, l'enfant présente une température moyenne de 37°, et son poids est de 2.800 gr. à la fin de la première semaine.

Examen du placenta. — Le poids du placenta est de 350 gr. : il ne présente rien à signaler du côté des membranes, qui sont complètes. Du côté de la face fœtale, on trouve des plaques blanches sous-choriales sans que leur nombre ou leurs dimensions soient exceptionnels ; sur cette face, environ en son centre, on note la présence d'une saillie arrondie au niveau de laquelle par la palpation on trouve une masse fluctuante. Du côté de la face maternelle, rien à signaler, si ce n'est une coloration légèrement grisâtre de la caduque.

En faisant des coupes parallèles, espacées de 2 à 3 centimètres sur toute l'épaisseur du placenta, on trouve dans le point correspondant à la saillie signalée ci-dessus, une cavité des dimensions d'une grosse noix remplie par un caillot mou de couleur rouge noir, non adhérente aux parois de la cavité, qui est limitée par une couche de couleur grisâtre d'environ un demi-centimètre d'épaisseur, et qui atteint d'un côté la cloison sous-amniotique, de l'autre la caduque ; cet infarctus hémorragique est unique, et tout le reste du tissu placentaire paraît normal.

Des fragments prélevés sont placés dans l'alcool à 93°.

L'examen microscopique montre que l'amnios ne présente rien de particulier à signaler, le chorion sous-amniotique est normal. Les parois

des veines et des artères sont normales, mais en certains points les veines présentent l'aspect représenté dans la figure 4. La veine est oblitérée presque complètement par une masse composée par de la fibrine infiltrée par des globules blancs en très grand nombre. Le contenu des vaisseaux paraît transformé en un caillot fixé en un point de la paroi légèrement soulevée (Figure 4, nº 3). En ce point, il n'y a pas d'inflammation localisée; sur les coupes qui précèdent ou qui suivent le caillot paraît complètement libre ; la fixation du caillot à la paroi paraît se faire sur une surface très peu étendue. Le caillot n'occupe pas toute la lumière de la veine, mais cela tient à la rétraction pendant l'inclusion ; il semble donc que le sang ne puisse circuler dans ces canaux. L'artère

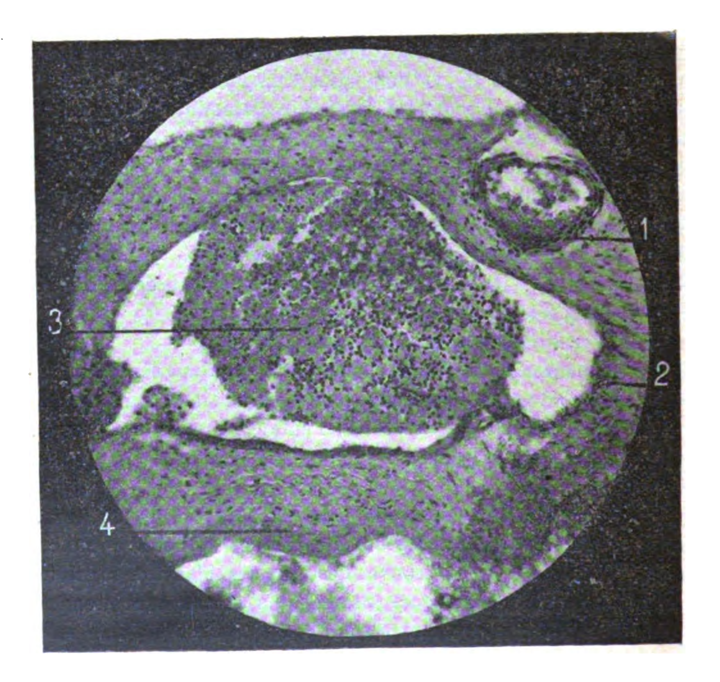


Figure IV.

Chorion sous-amniotique du placenta de Mme B... — Accouchement méthodiquement rapide pour albuminurie. — Gr. 100 D. — 1. Artère. — 2. Veine oblitérée. — 3. Caillot fibrineux infitré par des globules blancs. — 4. Couche de fibrine appliquée contre le chorion du côté du sinus sous-chorial.

voisines et forme des amas de dimensions très irrégulières au milieu desquels on trouve des champs de chorion qui correspondent à des villosités (Fig. IV, nº 1) est de très petit volume et contient des globules sanguins non altérés. Il est probable que ces vaisseaux correspondent à des villosités atrophiées telles que celles qui sont représentées dans la figure V. Cette oblitération vasculaire est très exceptionnelle.

Le chorion est doublé du côté du grand sinus sous-chorial par une couche de fibrine (Voyez fig. IV, nº 4) : cette couche englobe les villosités

suffoquées, les vaisseaux ont disparu, le syncytium est méconnaissable. Cette lésion se rencontre très fréquemment dans toute l'étendue du placenta, dans chaque champ du microscope, on peut en compter plusieurs. Cette lésion faisait dire à M. le Prof. Fochier qu'il était étonnant que l'enfant ait pu naître vivant, tant sont importantes les altérations des villosités. Ces infarctus blancs, de dimensions microscopiques, s'accompagnent d'atrophie des éléments vasculaires de la villosité, et il

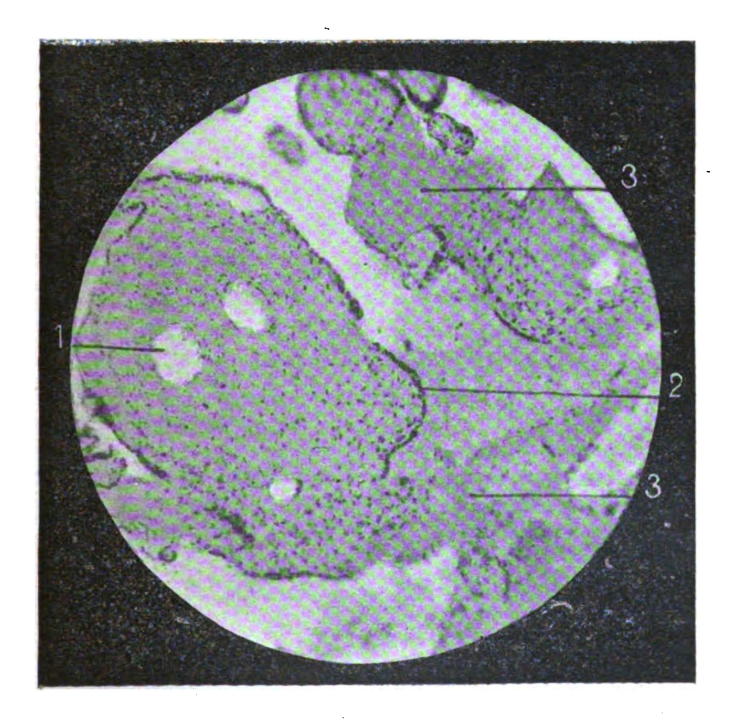


Figure V.

Groupe de villosités atrophiées. — Gr. 100 D. — 1. Vaisseau à contenu granuleux et à parois atrophiées. — 2. Syncytium irrégulier. — 3. Masses fibrineuses fixées sur les villosités dans les points où le syncytium a disparu.

semble que la cause de la précipitation de la fibrine soit la prolifération du syncytium.

Dans la figure V, est représenté un groupe de villosités atrophiées, les espaces vasculaires ont disparu ; les gros vaisseaux (1) ne sont plus reconnaissables que par la présence de leur lumière ; les couches musculaires ne sont plus représentées que par quelques noyaux allongés et disposés en cercles concentriques. Le syncytium est très irrégulier, en (2) par exemple, les noyaux sont serrés les uns contre les autres et sur deux ou trois rangées ; en d'autres points il a complètement disparu et la fibrine est en contact avec le tissu conjonctif des villosités (3).

En d'autres points (Voyez figure VI) la prolifération du syncytium est très nette (5), les masses syncytiales entourant les villosités à lacunes sanguines (3), les noyaux sont plus apparents sur la préparation que dans la reproduction photographique; ils se distinguent nettement de la substance internucléaire et forment des amas très irréguliers.

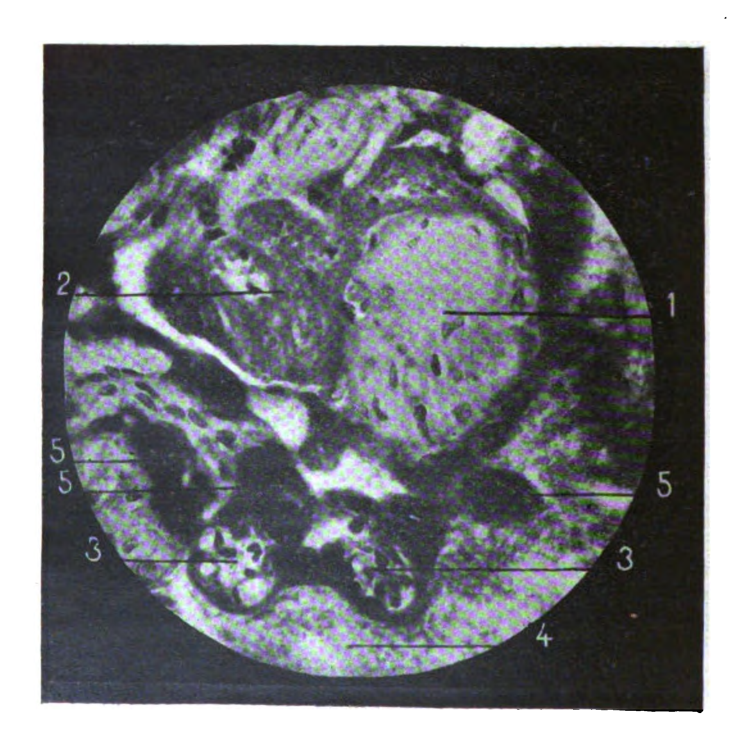


Figure VI.

Villosité suffoquée et syncytium proliféré. — Gr. 300 D. — 1. Villosité suffoquée. — 2. Fibrine entourant cette villosité. — 3. Villosités à lacunes sanguines. — 4. Espace intervilleux. — 5. Syncytium proliféré.

En (1) une villosité sans vaisseaux sanguins est entourée par de la fibrine (2), alors que du côté opposé le syncytium est très altéré; les noyaux, au lieu d'être disposés régulièrement, sont disposés sur plusieurs couches, les noyaux sont très distincts en certains points; en d'autres points ils semblent disparaître pour faire place au revêtement fibrineux dans lequel ils se fondent.

Enfin les villosités revêtent en quelques points la disposition représentée dans la figure VII : pareille disposition est peu fréquente, ne peut être rencontrée que dans le sinus sous-chorial ; elle est exceptionnelle dans un placenta de 8 mois. Cet aspect se rapproche de celui d'une villosité choriale d'un œuf de quelques semaines. Nous pensons qu'il s'agit

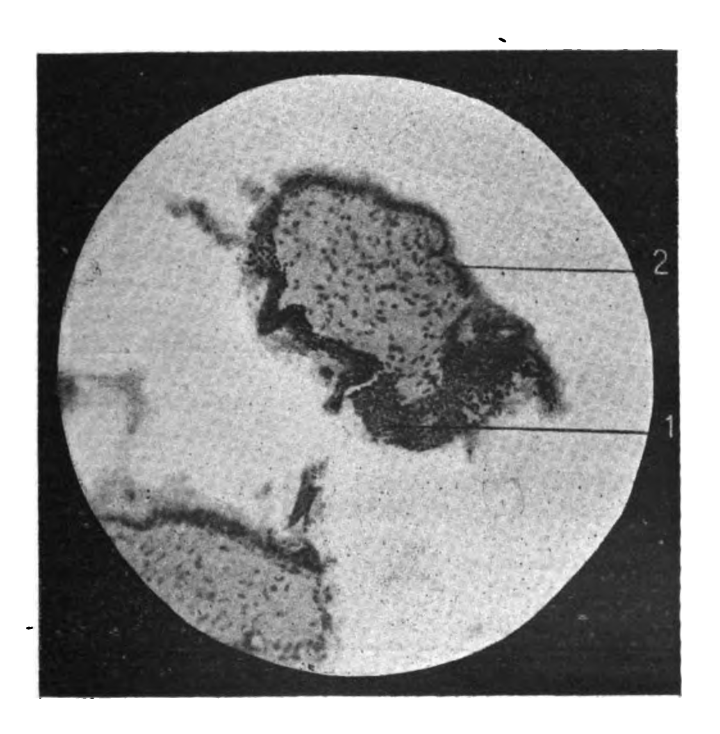


Figure VII.

Villosité à syncytium proliféré. — 1. Masse nucléaire analogue au trophoblaste, — 2. Revêtement de la villosité à deux couches.

d'un phénomène de croissance tardive des villosités ; il se crée ainsi de nouvelles surfaces destinées à suppléer les villosités détruites ou rendues inaptes à permettre l'hématose fœtale.

En résumé, les villosités sont très altérées : la lésion est constituée par une prolifération du syncytium avec dépôt de fibrine à la périphérie de la villosité, ce qui rend difficiles les échanges gazeux entre le sang fœtal et le sang maternel.

La caduque placentaire est, elle aussi, très altérée ; cette couche est augmentée en épaisseur. (Figure VIII, n° 4.)

Elle est irrégulière du côté de l'espace intervilleux, présente des saillies irrégulières auxquelles la fibrine fixe des villosités agglomérées. (Figure VIII, n° 3.)



Figure VIII.

Caduque placentaire. — Gr. 15 D. — 1. Région représentée dans la figure IX. — 2. Point photographié dans la figure X. — 3. Masse de fibrine englobant des villosités et les fixant à la couche de Nitabusch. — 4. Point où la caduque est épaissie.

Les lésions de la couche déciduale sont de deux ordres : 1° la dégénérescence des cellules et leur disparition ; 2° l'infiltration localisée par les globules blancs.

La couche déciduale est composée par des cellules de dimensions variables, séparée par une substance intercellulaire abondante. La figure IX rend assez bien cet aspect, c'est un point d'un prolongement intercotylédonaire de la caduque.

Les cellules présentent des vacuoles (1), soit dans leur protoplasma, soit au niveau du noyau, le corps de la cellule est rétracté laissant un espace entre la substance intercellulaire et le noyau. Le noyau seul persiste sous forme d'amas irrégulier de substance chromatique plongé

dans la substance fibrineuse. Quelques cellules peuvent échapper à ces phénomènes de désintégration comme dans le point (3) ; ces phénomènes doivent être attribués en partie au mode de préparation, inclusion dans la paraffine, mais néanmoins les cellules sont séparées par une substance intercellulaire beaucoup plus considérable que normalement.

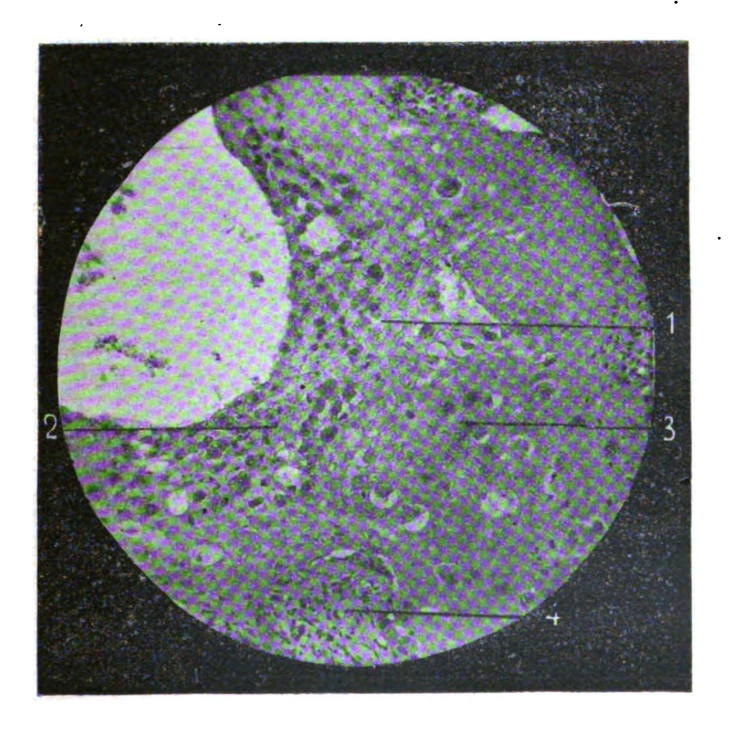


Figure IX.

Prolongement décidual intercotylédonaire (Figure VIII, nº 1). — Gr. 100 D. — 1. Cellules présentant des vacuoles dans le protoplasma. — 2. Infiltration par les globules blancs. — 3. Cellules déciduales normales. — 4. Villosité suffoquée reconnaissable à son chorion nucléé.

L'infiltration par les globules blancs est très nette et ne se présente que par points localisés (Voyez figure IX, nº 2) ; elle est très caractérisée en certains points des parois vasculaires, et par exemple dans le point (2) de la figure VIII, photographié à 525 D. dans la figure X.

Ces îlots d'inflammation se rencontrent aussi dans les points éloignés les uns des autres dans l'épaisseur de la couche déciduale et leurs rapports avec les parois vasculaires ne sont pas aussi nets.

Le placenta présente donc comme lésion macroscopique un infarctus hémorragique du volume d'une grosse noix, et dans les régions parais-

sant saines à l'œil nu, les villosités sont atrophiées ou bien leur syncytium est proliféré et recouvert par de la fibrine ; de plus, la caduque est augmentée d'épaisseur, les cellules étant séparées les unes des autres par une substance fibrineuse intercellulaire abondante ; en quelques points on note une infiltration leucocytaire très nette.

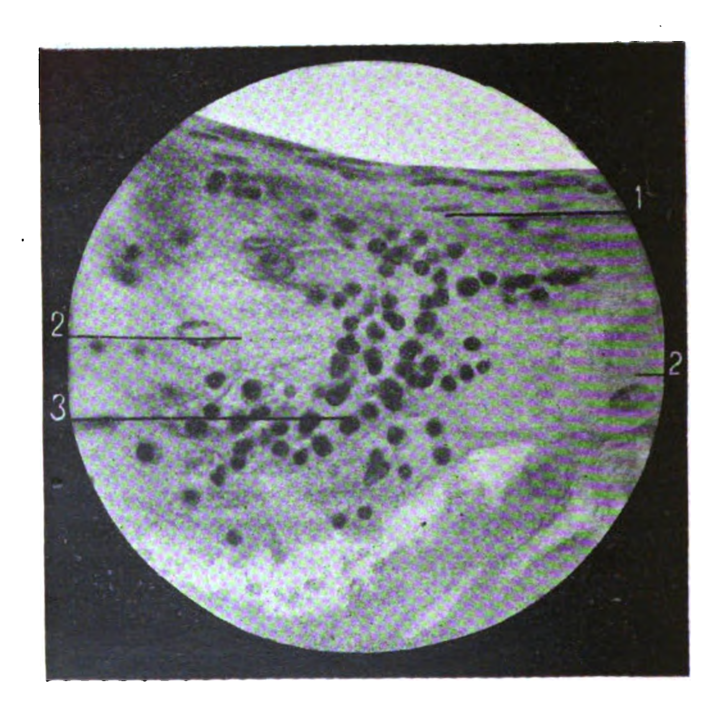


Figure X.

Infiltration localisée près de la paroi d'un sinus veineux. — Gr. 525 D. — 1. Paroi d'un sinus veineux. — 2. Cellules déciduales. — 3. Globules blancs.

En résumé, après 17 jours d'albuminurie, nous avons eu par l'accouchement méthodiquement rapide un enfant vivant, alors que les lésions placentaires existantes et la terminaison des autres grossesses rendaient sa mort prochaine très probable.

Dans les deux cas que nous venons de rapporter, il s'agit de femmes bien portantes dans l'intervalle des grossesses, chez lesquelles l'albuminurie apparaît brusquement, sans qu'on puisse retrouver dans leurs antécédents des causes

ayant pu altérer le parenchyme rénal : après quelques semaines pendant lesquels l'albuminurie reste légère sans que l'état général de la mère paraisse inquiétant, l'enfant meurt subitement, puis l'albuminurie disparaît peu de temps après l'accouchement.

On ne peut admettre qu'il s'agisse dans ces cas d'une lésion rénale, d'une véritable néphrite ou même de la néphrite qualifiée gravidique, la rapidité avec laquelle disparaît l'albumine après l'accouchement est un argument de toute importance en faveur de notre interprétation. Pour nous, l'albuminurie à répétition dans des grossesses successives est due à une lésion de l'œuf, caractérisée par des signes de destruction et d'altération des cellules déciduales avec points d'infiltration localisée due à des leucocytes, et en même temps du côté du placenta fœtal, on note des altération de la couche de revêtement des villosités aboutissant à l'infarctus blanc, dans d'autres cas le sang maternel se coagule dans l'espace intervilleux et il se produit alors un infarctus hémorragique.

Comment la lésion déciduale peut-elle se manifester dans deux ou plusieurs grossesses successives ?

A ce sujet, nous ne pouvons faire que des hypothèses ; mais il est probable que la lésion déciduale persiste sous une forme atténuée dans la muqueuse utérine, et que sous l'influence d'une nouvelle grossesse le processus inflammatoire se reproduit : c'est pour cela que M. le professeur Fochier cherche par un traitement intra-utérin à modifier l'état de la muqueuse utérine. L'avenir nous montrera si après ce traitement la muqueuse utérine forme une caduque normale.

Comment la lésion déciduale peut-elle agir pour provoquer l'albuminurie ?

Ce n'est encore qu'une hypothèse. La caduque sécrète un liquide toxique qui, résorbé, agit sur l'épithélium rénal et le modifie de telle sorte qu'il laisse passer l'albumine, c'est un simple trouble fonctionnel. Ce qui, à notre avis, rend cette interprétation très plausible, c'est que l'enfant, lui aussi, présente de l'albumine, et que ce phénomène n'a qu'une durée très courte. La sécrétion déciduale résorbée peut aussi agir sur la composition du sang et rendre possi-

ble le passage de substances albumineuses qui à l'état normal sont retenues par le filtre rénal.

Quelle que soit l'interprétation des faits, la substance toxique agit non seulement sur le rein de la mère et sur celui du fœtus, mais encore sur tous les points du placenta en contact avec le sang maternel, et son action se fait sentir sur le revêtement des villosités; le syncytium prolifère, ses noyaux subissent une sorte de fonte dont la conséquence est la précipitation de la fibrine qui englobe les villosités et les rend inutilisables pour l'hématose fœtale. De plus, le sang maternel peut se coaguler dans les espaces intervilleux, le caillot formé augmente par apport de nouvelles couches de fibrine, les villosités, tassées les unes contre les autres, forment ainsi autour du caillot une sorte de capsule dans laquelle le sang fœtal ne peut circuler, ce qui diminue encore la surface utilisable pour l'hématose : ces deux lésions dues à un processus local, non modifiables par le traitement de l'albuminurie, entraînent la mort du fœtus, et cela sans que la mère coure de dangers.

Néanmoins cette action toxique prolongée et répétée peut avoir une action nocive pour le parenchyme rénal, surtout lorsque aucun traitement n'a été institué, et on comprend que ces malades sont menacées d'une néphrite chronique.

CONCLUSIONS.

1° Il existe des cas de mort habituelle du fœtus due à une maladie de l'œuf s'accompagnant d'albuminurie avec intégrité du parenchyme rénal maternel.

2° Le traitement habituel de l'albuminurie n'empêche pas la mort de l'enfant, dont la nutrition est modifiée par des lésions placentaires primitives.

3° L'accouchement prématuré artificiel est indiqué dès que l'albuminurie apparaît et que l'enfant est viable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 18 juin 1900. — Présidence de M. Horand.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

M. Delore, à propos du procès-verbal, revient sur la question de l'ulcère de l'estomac.

Dans les crèches où passent une grande quantité de nouveau-nés, soignés et nourris dans des conditions défectueuses, on observe assez fréquemment le *mélœna.*

Je crois avoir signalé le premier (1) qu'il était dû à des ulcérations de l'estomac, produites par l'*altération du suc gastrique*, chez des sujets atrepsiques.

C'est une autopsie qui m'a révélé cette étiologie.

J'ai l'honneur de vous présenter la pièce, que j'ai déjà montrée à la Société en 1866. Quand elle était fraîche, on y constatait plusieurs ulcérations, n'intéressant que la muqueuse.

Sur la pièce sèche, on voit seulement les ulcérations, qui probablement par action cadavérique sont devenues *perforantes*. Elles sont au nombre de trois. Deux sont très petites ; la troisième a 5 millimètres de diamètre.

La médication qui m'a le mieux réussi est l'eau de Vichy. Dès que le sang apparaissait dans les vomissements ou les selles, les sœurs l'administraient mélangée à du lait, et à partir de ce moment, je n'ai plus eu occasion de faire des autopsies.

FORME FRUSTE DE SYRINGOMYÉLIE.

M. Gallavardin, interne des hôpitaux, présente un malade de la clinique de M. le Prof. Lépine.

Ce malade est âgé de 35 ans, originaire de l'Ain ; dans ses antécédents personnels on ne note ni alcoolisme, ni syphilis, rien non plus qui soit de nature à nous intéresser, hormis l'affection pour laquelle il entre.

Cette affection consiste en des panaris siégeant au niveau des doigts. Ces panaris ont débuté il y a 17 ans, alors que le malade avait 18 ans seulement. Ces panaris ont été remarquables par leur multiplicité, leurs caractères récidivants et les troubles trophiques survenus à leur suite. Ils ont débuté par la main gauche, puis envahirent la main droite ;

(1) Société de méd. de Lyon, 1866, et Congrès de Clermont, 1876, page 729.

chaque doigt fut atteint, quelques-uns plusieurs fois. L'inflammation durait environ trois semaines à un mois. Le doigt était rouge, enflammé. Un caractère important de ces panaris est qu'ils n'étaient pas analgésiques; le malade souffrait assez violemment, il éprouvait des lancées, était obligé de suspendre quelques jours son travail et une détente se produisait au moment où le pus se faisait jour au dehors. Ces panaris se sont répétés durant ces dix-huit dernières années et le malade entre maintenant dans le service de la clinique pour un épisode aigu.

Actuellement, on constate un panaris en évolution au niveau du petit doigt de la main gauche. Le doigt paraît vivement enflammé et rouge, tuméfié, douloureux et livre passage, par deux pertuis, à un pus fétide. Il existe aussi quelques phénomènes inflammatoires à distance sur le dos et à la paume de la main. Sur les autres doigts on trouve le reliquat des inflammations anciennes. Les doigts sont épaissis, le derme est induré, l'extrémité de la pulpe est un peu élargie en spatule et arrondie; l'ongle est atrophié, épaissi, manifestement altéré.

Le malade ne se plaint pas de ses panaris; mais, si on l'examine au point de vue nerveux, on surprend des symptômes qni vont être d'un grand secours dans l'interprétation à donner à ce cas. On constate, en effet, des troubles de sensibilité nets au niveau du bras gauche. Le malade trouve que ce membre est comme engourdi et il ressent moins bien les contacts à ce niveau-là. La sensibilité thermique est troublée, surtout au niveau de l'avant-bras droit et le malade accuse comme uniformément tièdes les sensations provoquées chez lui par l'application de flacons remplis d'eau tiède et froide. Il n'existe pas d'atrophie musculaire manifeste, pas de scoliose; on note cependant un léger abaissement de l'épaule droite.

Étant donné ces symptômes, M. le Prof. Lépine a posé le diagnostic de syringomyélie basé sur le caractère récidivant des panaris, leur reliquat trophique et les troubles de la sensibilité thermique. On doit éliminer totalement les localisations infectieuses banales qui n'expliqueraient nullement le caractère de ces panaris et les symptômes nerveux concomitants. Cette observation de syringomyélie est intéressante:

1° par la durée de ces panaris qui évoluent ainsi depuis dix-huit ans; 2° par le caractère fruste de cette maladie qui, hormis ces troubles trophiques, présente seulement de légers troubles de sensibilité et pas d'atrophie musculaire ni de scoliose.

M. Lépine signale chez son malade un léger début d'atrophie musculaire et de parésie du muscle grand dentelé gauche. Aussi de ce côté l'épaule est-elle plus *tombante*. M. Lépine fait remarquer que si, contrairement à l'usage, les panaris n'ont pas été analgésiques, c'est que chez ce malade la sensibilité est encore peu atteinte; comme on l'a dit, c'est une forme très fruste de syringomyélie.

M. Gailleton regrette de ne pouvoir présenter à la Société deux malades de son service qui, au point de vue local, ont de grandes analogies avec le cas actuel. Ce sont deux sujets atteints de la maladie de Raynaud, chez qui des ulcérations et des pustules sont survenues au niveau des phalanges blanchies et refroidies. Aujourd'hui on croirait avoir affaire à des panaris de Morvan.

M. Mayet pense qu'on doit rechercher le bacille de la lèpre chez le malade de M. Lépine, car il ne faut pas oublier que presque tous les malades de Morvan étaient des lépreux.

M. Lépine croit que chez cet homme la lèpre est invraisemblable. Dans notre région cette affection n'existe pas; or ce malade est un paysan qui n'a jamais quitté son village et qui, partant, n'a eu aucun contact suspect. D'ailleurs, M. Lépine a eu l'occasion, dans un cas semblable, de trouver à l'autopsie un gliome de la moelle.

M. Mayet répond que le gliome de la moelle peut être de nature lépreuse.

M. Lépine ne croit pas que ce point soit parfaitement établi: il croit qu'on a bien trouvé dans la lèpre des lésions nerveuses, mais jusqu'à ce jour il n'a pas connaissance de gliome de la moelle.

M. Vinay fait une communication sur l'inocclusion congénitale du septum ventriculaire sans cyanose.

(Sera publiée.)

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 26 avril 1900. — Présidence de M. Fochier.

FRACTURE ANCIENNE DE LA ROTULE; RUGINATION; CERCLAGE; SUTURE.

M. Batut présente le malade, soldat au 11e bataillon de chasseurs à pied, qui en tombant d'une échelle le 2 mai 1899

se fit une fracture par contracture musculaire pour laquelle il fut traité par l'immobilisation à l'hôpital d'Annecy.

Plusieurs mois après l'impotence persiste, il existe un écartement de deux travers de doigt entre les fragments. Le malade est envoyé à Lyon.

Là, le 1er septembre, après incision convexe en bas, on excise le cal fibreux allongé, on rugine le bord des fragments et on essaye de les rapprocher ; mais il faut pour cela avec le davier à double pointe d'Ollier dégager avec effort le fragment supérieur adhérent au cul-de-sac sous-tricipital. Dans une première tentative de cerclage le fil se casse, un second fil plus malléable est placé, mais les fragments s'écartent dès qu'on cesse de les tenir avec le davier. On pratique alors une suture osseuse ; appareil plâtré. Le 15 décembre, ablation des fils de suture et de ceux du second cerclage. A partir du 1er janvier on mobilise le membre et on lui imprime des mouvements de flexion. Le cal fibreux s'allonge un peu et atteint 7 à 8 millimètres. Malgré cela, résultat fonctionnel satisfaisant. Dans ce cas, M. Batut a vainement cherché la déchirure des ailerons latéraux, leur cicatrisation complète ne permettait pas d'en faire la suture selon la méthode de M. Vallas.

Dans une deuxième observation, le malade en tombant de bicyclette, le 5 juin, s'était fait une fracture de la rotule par choc direct. L'ouverture de l'articulation fit constater sept fragments, permit de bien nettoyer l'articulation de ses caillots. Cerclage avec un gros fil d'argent, appareil plâtré. Le malade sort le 15 septembre ayant récupéré à peu près ses mouvements normaux. Ici, à cause du mécanisme de la fracture, les ailerons n'avaient pas été déchirés.

M. Vallas constate le bon résultat fonctionnel. Dans les fractures anciennes la suture des ailerons ne peut se faire qu'en réséquant tout le tissu cicatriciel de la capsule.

M. Fochier fait remarquer une erreur d'optique de la radiographie du premier malade ; il semble que l'anse de cerclage passe en avant et en arrière de la rotule au lieu d'en faire le tour.

PROTHÈSE OSSEUSE AVEC LES APPAREILS DE M. MARTIN.

M. Curtillet rapporte deux cas de prothèse osseuse. Dans le premier, il s'agit d'une perte de substance du péroné de

7 à 8 centimètres par ostéomyélite. Mise en place de la charpente métallique qui fut remplie d'os de chiens, infection secondaire de la plaie, réunion secondaire avec issue d'une partie du grillage métallique qu'on a dû réséquer. Dans le second cas, perte de substance du tibia par ostéomyélite ; l'appareil métallique, mis en place depuis deux mois, est bien toléré.

M. Martin cite un cas où l'appareil détaché de l'os émigra dans les muscles où il fut du reste bien toléré. L'insuccès partiel dans le premier cas de M. Curtillet peut être attribué au drainage d'attente qui a permis l'infection de la plaie.

DÉPLACEMENTS DE L'APPENDICE.

M. Fochier a seulement en vue les cas où l'appendice est déplacé et tiraillé, alors que le cæcum reste en place. Dans une laparotomie pratiquée pour suppuration des annexes, il a vu un appendice étiré, long de 12 centimètres, qui arrivait jusqu'à la fosse iliaque gauche et adhérait à l'S iliaque. Cet appendice sectionné fut pris pour un uretère, et seule la dissection révéla son origine. A ce sujet, M. Fochier présente quelques considérations sur les relations entre les lésions appendiculaires et les inflammations pelviennes ; plusieurs fois, au voisinage de lésions gynécologiques, il a eu l'occasion d'enlever des appendices et les a trouvés sains. (L'appendice examiné plus tard au microscope a également été trouvé sain.)

M. Goullioud croit aussi que l'appendicite coïncidant avec des lésions pelviennes est rare. Il a trouvé une fois un appendice dans des conditions anormales qui le lui ont fait prendre pour un uretère.

M. Condamin croit à une relation de cause à effet entre les inflammations pelviennes et l'appendicite.

M. Villard dit que lorsque la trompe est remontée par le fait de la grossesse et qu'une inflammation la surprend en cet état, on peut avoir un abcès qui en impose absolument pour un abcès d'appendicite.

M. Bérard confirme, avec faits à l'appui, ces observations d'annexites de situation anormale. Il croit peu que les inflammations ovariques puissent se transmettre à l'appendice.

M. Fochier conclut de cette discussion qu'il est exagéré d'attribuer à l'appendice toutes les suppurations de la fosse iliaque droite.

Séance du 3 mai. — Présidence de M. Fochier.

GUÉRISON D'UNE CICATRICE ADHÉRENTE A LA JOUE PAR SA LIBÉRATION ET LA GREFFE D'UN MORCEAU DE GRAISSE.

M. Nové-Josserand présente une jeune fille de 12 ans qui à la suite d'ostéite du malaire avait une cicatrice adhérente, déprimée, de la dimension d'une pièce de un franc. Après avoir libéré la cicatrice, enlevé la peau qui en constituait le fond, il a transplanté et fixé un fragment de graisse pris sur la cuisse de la malade. Réunion immédiate, suites simples; ablation des fils métalliques de suture après six jours; résultat satisfaisant.

M. Fochier trouve le résultat très bon.

M. Ollier dit que la vieille notion qui considérait la graisse comme impropre aux autoplasties n'est plus exacte depuis l'antisepsie.

EXCLUSION DE L'INTESTIN POUR ANUS CONTRE NATURE LOMBAIRE DROIT, D'ORIGINE TUBERCULEUSE.

M. Gayet fils présente l'observation d'un cas difficile et complexe, où il n'a pu arriver à un résultat utile que par des opérations successives. Sur cette malade du service de M. Ollier, que remplaçait M. Gayet, on crut d'abord à un abcès ayant pour origine l'épine iliaque antéro-supérieure, et M. Ollier, dans une première intervention trouva, en effet, un point dénudé de l'os qu'il réséqua et d'où partaient des trajets multiples de suppuration. Quelque temps après on trouva le pansement souillé de matières fécales; les matières finirent par se faire jour à peu près uniquement par ce trajet et le malade s'affaiblit considérablement.

M. Gayet fit une vaste incision paralombaire menée obliquement en arrière du tiers externe de l'arcade aux fausses côtes. Le péritoine fut décollé et la fistule, où l'on avait préalablement introduit une sonde, fut disséquée et libérée. On vit alors qu'il y avait deux fistules, une du gros intestin très large et qu'on ne pouvait songer à obturer sans rétrécir par trop son calibre, et une que l'on sut plus tard aboutir à l'intestin grêle. Les matières continuèrent à sortir comme avant.

Deux mois plus tard laparotomie par incision médiane, issue d'un peu de liquide hématique. Adhérences molles qui

rendent le diagnostic exact difficile ; il fallut pratiquer une nouvelle incision perpendiculaire à la précédente. On reconnut alors que les anses fistuleuses étaient d'une part le côlon ascendant, de l'autre une anse grêle. A la pâleur et à l'aplatissement d'une portion de cette anse on reconnut le bout inférieur ; le bout supérieur était plus épais, plus vascularisé et d'un calibre plus grand. Ce bout fut abouché dans le côlon transverse par une entéro-anastomose latérale avec suture à double surjet. Tout cela avait duré près d'une heure. Suites simples, mais persistance de l'issue des matières par la plaie et en très petite quantité par les voies normales quand on appliquait des tampons vaselinés.

Deux mois après, troisième intervention par la cicatrice médiane, adhérences de l'épiploon que l'on décolle pour arriver sur les anses malades et l'entéro-anastomose. On introduit par l'anus contre-nature des sondes dont l'une va dans l'intestin grêle, l'autre dans le côlon. La topographie exacte ainsi reconnue, on sectionne entre deux ligatures le côlon transverse en amont de l'anastomose, l'anse grêle en aval. On suture en cul-de-sac les quatre bouts par une double suture muqueuse, puis séreuse en surjet. On laisse entre l'anastomose et le cul-de-sac de l'intestin grêle une ligature lâche, plissant simplement l'intestin pour diminuer en ce point la pression des matières. Les autres ligatures coprostatiques sont enlevées et le tout réduit dans l'abdomen, qui est refermé.

Les jours suivants, légère élévation de température, 38°,8, due à un petit abcès pariétal autour d'un fil métallique.

Au point de vue du passage des matières, bon résultat. Le lendemain soir de l'opération, lavement huileux qui ramène quelques matières ; au quatrième jour, selle parfaitement formée. Du côté de l'anus contre nature, sécrétion fétide très abondante les premiers jours et qui tend graduellement à se tarir. Il ne sort plus par ces fistules que quelques gouttes d'un liquide clair et inodore qui oblige simplement à garder un petit pansement.

L'état général s'est rapidement amélioré, la malade a repris 3 kilogs en quelques jours et peut se livrer sans fatigue à toutes ses occupations ordinaires.

Il semble que la cause première a été une tuberculose lo-

calisée de l'intestin ayant provoqué des adhérences et des ulcérations. L'opération faite a consisté en somme dans l'exclusion des portions malades de l'intestin et de la portion saine qui les reliait. Elle a intéressé environ un mètre et demi du tube digestif. Une extirpation totale ou une cure radicale n'auraient probablement pas été supportées à cause de la faiblesse de la malade. Sans être parfait, puisqu'il subsiste une petite fistule, le résultat est bon, la malade a repris ses occupations et se déclare très satisfaite.

M. Ollier félicite M. Gayet du résultat obtenu et suppose après ce qui s'est passé qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse primitive de l'intestin.

M. Bérard pense que pour assurer le bon fonctionnement de l'anastomose bilatérale entre l'intestin grêle et le gros intestin il doit y avoir avantage à placer cette anastomose sur les parties normalement déclives du gros intestin.

Dans une occlusion pour tuberculose du cæcum fistuleuse avec abcès et larges adhérences, M. Jaboulay anastomosa latéralement au bouton un point de l'iléon distant environ de 20 centimètres du cæcum, avec la fin du côlon descendant ; puis il sectionna l'intestin grêle à 10 centimètres au-dessous de l'anastomose et oblitéra les deux branches de section par un double plan de sutures, sans se préoccuper de fermer le gros intestin entre le cæcum malade et la branche latérale du côlon descendant. Il n'y eut cependant jamais reflux de matières. La portion exclue mesurait ici près de 1 mètre et demi. Le résultat ultérieur fut parfait.

M. Nové-Josserand, au point de vue de l'étiologie du cas, signale la constatation faite par lui sur un enfant mort de péritonite généralisée d'une série de perforations arrondies de l'intestin grêle et du côlon ascendant. Il s'agissait vraisemblablement d'un processus nécrotique d'origine tuberculeuse.

M. Villard croit que dans le cas de M. Gayet on eût pu intervenir plus simplement en réséquant d'une part l'intestin grêle, de l'autre le gros intestin au niveau de l'anus contre nature ; cela, en supposant que l'état des lésions l'ait rendu possible, aurait évité la persistance d'une fistule qui durera indéfiniment.

M. Gayet dit que le siège des lésions était noyé dans des adhérences dont la dissection eût été dangereuse et difficile.

REVUE DES LIVRES

Le traitement de la tuberculose et le processus de la cicatrisation des processus tuberculeux, par le Dr Albert Landerer, ouvrage traduit par le Dr Alquier.— Paris, J.-B. Baillière, 1899.

Dans cet ouvrage, l'auteur expose les résultats qu'il a obtenus, chez les tuberculeux, par l'emploi de l'acide cinnamique et de ses dérivés, et particulièrement du cinnamate de soude ou *Hétol.*

L'acide cinnamique est contenu dans le Baume du Pérou et dans quelques espèces de Benjoin. On peut l'extraire du Styrax. Mais l'acide préparé par synthèse est bien préférable, car il est irréprochablement pur.

Le cinnamate de sodium se prépare en faisant bouillir dans de l'eau de l'acide cinnamique avec des quantités convenables de bicarbonate de soude. Pour plus de simplicité, l'auteur désigne sous le nom d'*Hétol* le cinnamate de soude.

L'hétol se dissocie dans l'eau chaude dans la proportion de 1 : 20. Le docteur Landerer emploie ordinairement une solution à 1 °/₀ et une autre à 5 °/₀. Elles doivent avoir une réaction alcaline ou neutre. Les solutions à réaction acide doivent être absolument rejetées.

Ces solutions peuvent être utilisées en injections sous-cutanées ou en injections intra-veineuses. L'auteur en est arrivé, après une longue expérimentation, à préférer les injections intra-veineuses, qui seraient beaucoup moins dangereuses et beaucoup plus efficaces. C'est là, on peut bien le dire, la pierre d'achoppement de cette méthode. Bien que le docteur Landerer expose avec une clarté parfaite tous les détails de l'injection intra-veineuse, il n'en est pas moins certain que cette petite opération risque de ne pas être acceptée par tous les malades, et qu'elle exige d'autre part une habileté, un doigté, que ne possèdent pas tous les praticiens. C'est du reste ce que reconnaît l'auteur en disant : « On m'a même reproché de n'avoir introduit les injections intra-veineuses que pour rebuter les médecins peu exercés dans la pratique de cette méthode. »

L'injection intra-veineuse se fait dans les veines du pli

du coude, et l'injection sous-cutanée dans la région fessière.

Pour l'injection intra-veineuse, la dose du début est en général de 1 milligramme d'hétol. Une injection toutes les 48 heures, dans la matinée. On augmente généralement, à chaque séance, la dose de 1 milligr. La dose maxima, qui peut être atteinte chez les hommes vigoureux, est de 25 milligrammes, qui doivent rarement être dépassés; et cette dose maxima n'est atteinte qu'à la quinzième ou vingtième séance, c'est-à-dire 30 à 40 jours après le début du traitement.

Une indication importante, permettant de juger que la dose employée est trop élevée, est fournie par la température. Si, le soir de l'injection, la température s'élève notablement, par exemple de 1°, on peut en conclure que la dose était trop forte.

La tendance aux hémoptysies impose au médecin une grande réserve. Dans ce cas-là, on doit s'en tenir, au moins pendant six semaines, aux petites doses de 15 milligrammes au plus.

Les doses doivent être aussi très modérées chez les sujets ayant une certaine faiblesse du muscle cardiaque. Il en est de même pour l'emphysème pulmonaire avec tendance à la cyanose. Si, dans le cours de la tuberculose, des processus pneumoniques surviennent, il faut suspendre le traitement cinnamique.

Après l'exposé de la technique du traitement viennent plus de 200 observations de tuberculoses variées (tuberculose des poumons, du larynx, des articulations, de la peau, maladie d'Addison, etc., etc.). Les conclusions de ces observations sont, d'après l'auteur, des plus encourageantes.

Chez l'homme et l'animal tuberculeux, l'acide cinnamique et surtout l'hétol peuvent produire des effets énergiques.

Dans le sang, ils provoquent un accroissement considérable du nombre des leucocytes polynucléaires et éosinophiles paraissant provenir de la rate. Leur action sur les produits tuberculeux est une action spéciale.

Tout d'abord il se développe autour des foyers tuberculeux (nécrosiques) une sorte de retranchement formé de leucocytes. Le traitement étant continué, ce retranchement se

transforme en tissu conjonctif. Partant de ce retranchement de tissu tissu conjonctif, des leucocytes immigrent d'abord dans le foyer, dans l'intérieur duquel se développent de jeunes vaisseaux et des cellules fusiformes. Le foyer étant ainsi traversé de part en part, les masses nécrosiques se résorbent, et l'on a finalement une cicatrice à la place de tubercules.

Dans les endroits tuberculeux, où il ne s'est pas produit de nécrose, a lieu aussi une infiltration de leucocytes avec induration consécutive de tissu conjonctif.

Les vaisseaux des parties malades se dilatent et contiennent particulièrement des leucocytes nombreux.

On n'a jamais constaté que le traitement ait exercé une action fâcheuse sur les globules rouges ni sur l'hémoglobine, ni sur les reins.

A l'appui de ces conclusions, le docteur Landerer fournit en outre de nombreuses observations cliniques, toute une série de planches faisant voir sur des coupes variées la formation du rempart de leucocytes et ensuite du tissu conjonctif au niveau des points atteints de lésions tuberculeuses.

Ajoutons que cette traduction claire, concise, d'une lecture facile et d'une parfaite exactitude, fait le plus grand honneur à son auteur le docteur Alquier, auquel nous devons déjà la traduction du livre des professeurs Nothnagel et Rossbach.

Dr L. Revillet.

REVUE DES JOURNAUX

Cas de teigne Gruby (Sabouraud). — La variété de tricophytie décrite récemment par Sabouraud sous le nom de teigne de Gruby, et occasionnée par le microsporon Audouini, teigne Gruby-Sabouraud, est très fréquente dans les grands centres, tels que Paris et Londres, n'a jusqu'à présent jamais été observée en Italie. Le premier cas est celui que rapporte Mibelli. Il s'agit d'une fillette née d'émigrants italiens au Brésil.

Les caractères cliniques de la maladie étaient absolument caractéristiques. Quant aux cheveux malades, l'auteur a pu se convaincre qu'ils ne se distinguent pas de ceux qu'on ren-

contre dans la « teigne tondante rebelle » de Sabouraud ; cependant ils étaient moins friables.

Mais l'état histologique dans le cas de Mibelli dévie en plusieurs points de ce que Sabouraud a trouvé dans sa teigne tombante rebelle. L'auteur expose en détail ces différences.

Enfin les cultures ont montré que le champignon ne correspondait pas bactériologiquement au champignon observé chez l'homme par Sabouraud, mais au microsporon canis découvert par Bodin et Almy. (*Monatshefte f. praktit. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, p. 225.)

Histologie de la guérison des scarifications, par Audry et Thevenin. — La scarification pénètre dans les tissus de l'épiderme et les sépare. Au bout de 24 heures l'épiderme se reforme immédiatement et complètement ; dans le derme le processus de guérison est plus long ; la fente y est oblitérée par un dépôt fibrineux ; on y trouve encore après cinq jours des traces des incisions ; après ce laps de temps la membrane basale n'est pas encore revenue à son état normal. A la suite des scarifications quelques cellules épineuses pénètrent dans l'épaisseur du derme ; elles y sont résorbées et entraînées par les lymphatiques. (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 614.)

Contamination syphilitique extra-génitale, favorisée par une piqûre d'insecte. — Joseph S..., un brave bourgeois de Zurich, âgé de 54 ans, avait l'habitude de tromper son épouse, dans les bras d'une jeune Suissesse de 18 ans. Le 16 juin de l'année dernière, il lui advint de commettre ce délit conjugal, en rase campagne, sur la lisière d'une forêt. Cette fois, Némésis veillait sous les traits d'une guêpe, qui piqua le volage époux près de l'ongle de l'index droit. Cela n'empêcha pas le malavisé Joseph de sacrifier à son habitude, déjà ancienne, de pratiquer des frictions vaginales avec son index, avant le coït, qui suivit de près la piqûre. Au siège de celle-ci, il s'inocula bel et bien un chancre induré. A quelque temps de là, il était en pleine floraison d'accidents secondaires.

La jeune personne dont il tenait le chancre avait des poly-

adénites, une angine spécifique, un large condylome plat, au périnée, sans compter une urétrite blennorragique chronique.

Le professeur Muller, qui a communiqué ce fait à la Société de médecine de Zurich, a relevé cette circonstance curieuse que, malgré des rapports génitaux fréquents, cet homme ne s'était pas infecté par le pénis. (*Correspondenz-Blatt für Schweiger Aerzte*, 15 mars 1900.)

Mélange anesthésiant pour l'anesthésie chirurgicale. — Le Dr Schleich, le vulgarisateur de l'anesthésie locale appliquée aux opérations de petite chirurgie, préconise, pour l'obtention de l'anesthésie générale, l'emploi de mélanges anesthésiants dont le point d'ébullition se rapproche le plus possible de la température interne du corps humain. Suivant les circonstances, c'est-à-dire suivant le degré atteint par la température corporelle du patient, il emploie un des trois mélanges suivants :

Point d'ébullition	38°	40°	42°
	—	—	—
Chlorure d'éthyle.....	2 parties.	1,5	0,5
Chloroforme..........	4 —	4	4
Éther sulfurique.......	12 —	12	12

Sur 5.000 anesthésies pratiquées avec ces mélanges, il ne s'en est pas trouvé une seule avant donné lieu à la moindre alerte et encore moins à des accidents mortels. (*Berliner Klin. Wochenscrift*, 1900, n° 13.)

Action des courants à haute tension sur les maladies de la peau et des muqueuses, par Oudin. — On peut employer avec succès les courants à haute tension dans lee maladies de la peau et des muqueuses en les appliquant directement sur les parties malades. Ils ont une grande influence sur les terminaisons nerveuses ainsi qu'en témoignent la cessation du prurit, la guérison rapide des trophonévroses et de l'herpès zoster. Ils exercent en outre une action antitoxique, ainsi que le démontrent les expériences de laboratoire et la clinique, car ils font disparaître rapidement les symptômes morbides de l'arthritisme. Ils tuent également les germes, comme le démontre la guérison du lupus,

du molluscum contagieux, ainsi que du catarrhe blennorragique du col utérin. Finalement ils constituent une forme nouvelle de transformation de l'électricité et ils méritent de prendre une place équivalente à celle des autres méthodes de traitement. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, p. 169.)

Certificats de complaisance. — Voici un fait intéressant, rappelé par M. Brouardel, qui met en pleine lumière le danger des certificats de complaisance :

Un jeune médecin, nouvellement promu, s'installait. Une dame vint le trouver, présentant l'aspect extérieur d'une personne devant prochainement accoucher. Il ne l'examina pas et fut tout réjoui lorsque cette dame lui demanda si elle pouvait compter sur lui pour l'assister pendant son accouchement.

Quelques jours plus tard, il est appelé par sa cliente qui, disait-on, était prise de douleurs. Il se rend à son appel, et, à son arrivée, une femme lui montre un enfant déjà emmailloté, lui disant : « Docteur, vous arrivez un peu tard, mais, si vous le voulez bien, vous nous rendrez un grand service en allant déclarer la naissance à la mairie. » Le jeune médecin, sans examiner ni la mère ni l'enfant, va faire sa déclaration de naissance, puis ne s'occupe plus de rien.

Quelques mois après, on apprit que cette cliente avait acheté le nourrisson à une nouvelle accouchée et qu'elle avait commis ce délit pour amener un vieillard, avec lequel elle vivait depuis longtemps, à la prendre comme femme légitime. A la suite de l'enquête, la femme fut poursuivie et le médecin fut impliqué dans la poursuite comme complice.

M. Brouardel put heureusement intervenir auprès du procureur de la République et notre confrère ne fut pas inquiété.

Traitement de l'anorexie chez les enfants, par Beer. — S'inspirer de ce double précepte : donner à manger à l'enfant lorsqu'il a faim, ne jamais parler de son appétit devant lui. (*Klin. ther. Woch.*, n° 18, 1899)

L'azotate de plomb dans le chancre mou. — M. le Dr Melazzo emploie dans le traitement du chancre mou le nitrate de plomb appliqué de la façon suivante :

La surface de l'ulcère doit être, au préalable, bien détergée et nettoyée avec la solution de sublimé au 1/1000e.

On assèche la région avec de l'ouate hydrophile, puis on remplit l'ulcère de nitrate de plomb finement pulvérisé, et on comprime la poudre, afin qu'elle pénètre dans tous les replis du chancre. On enlève soigneusement l'excédent de nitrate qui dépasse les bords, enfin on applique une compresse de gaze hydrophile plusieurs fois repliée sur elle-même, qu'on fixe par un bandage. Une eschare se forme dans les 48 heures, eschare qui s'élimine rapidement, et le cratère est fermé au bout de quelques jours.

Cette méthode aurait l'avantage d'être rapide, efficace et d'éviter les complications habituelles du chancre mou (bubon, phagédénisme, etc.) (*Bulletin médical de Paris*, 2 juin 1900.)

L'alcool comme antidote dans l'intoxication par l'acide phénique. — Phelps et Powell ont, les premiers, proposé de se servir de l'alcool pour combattre l'empoisonnement par le phénol. Il est probable que l'alcool protège la muqueuse gastrique de l'action caustique du phénol. On fait donc prendre au malade qui vient de s'empoisonner une certaine quantité d'eau-de-vie avant de procéder au lavage de l'estomac qu'il ne faut jamais négliger de faire. Au lieu de se servir d'eau, il est préférable d'employer pour ce lavage une solution de sel de Glauber (sulfate de soude). Le lavage terminé, on fait boire au malade un peu de la même solution de sulfate de soude. (*Lancet*, 17 fév.)

Résistance des bactéries au froid. — Il résulte des expériences de Dewar, Mac Fadyen et Brown, communiquées à la *Royal Society* de Londres, que les bacilles typhiques, diphtériques, le vibrion cholérique et d'autres microbes pathogènes restent vivants et peuvent être cultivés après un séjour de 20 heures à la température de la liquéfaction de l'air, soit à — 310° F. (— 155° C.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

DE LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU GOITRE EN FRANCE.

Par M. Lucien MAYET, interne des hôpitaux de Lyon (1).

C'est grâce aux documents nouveaux résumant les opérations des conseils de révision, pendant la période de dix années (1887-1896), que nous avons pu, sur les conseils de M. le Prof. Poncet, établir le coefficient de la fréquence du goitre dans chaque département, et, en nous appuyant sur des chiffres nouveaux, formuler des conclusions qui peuvent être regardées comme l'expression aussi exacte que possible de la réalité. Par cela même, elles acquièrent un réel intérêt pratique.

L'enquête de la Commission Française (2), instituée de 1861 à 1875, pour l'étude du goitre et du crétinisme en France, sous la direction des Prof. Rayer et Tardieu, et de son éminent rapporteur le D[r] Baillarger, le très intéressant ouvrage du D[r] Saint-Lager (de Lyon) : *Études sur les causes du crétinisme et du goitre endémique* (Paris, 1867), ont été l'effort le plus considérable qui ait été fait, en vue d'éclairer la question qui nous préoccupe. Et cependant la Commission Française n'a réuni des documents que dans 63 départements, et il y a dans ces départements mêmes des lacunes très nombreuses, dont quelques-unes comprennent des arrondissements entiers.

Depuis l'application des nouvelles lois militaires, les *Comptes-Rendus actuels* du recrutement de l'armée sur les opérations des conseils de révision, sont les documents les plus précieux pour l'étude de la répartition géographique du goitre. Ce sont les seuls qui permettent de présenter un tableau complet pour toute la France et qui méritent une entière confiance, puisque les réformes ne sont prononcées

(1) Communication faite à l'Académie de médecine par M. le professeur A. Poncet, le 12 juin 1900.

(2) Commission Française, par opposition au terme Commission Sarde, désignant celle instituée, dans le même but, par le roi de Sardaigne en 1848.

que sur l'avis d'un médecin. Ce sont ces comptes-rendus que nous avons précisément utilisés.

En calculant le coefficient moyen de chaque département, pour une période d'années 1887-1896, nous avons obtenu la proportion des jeunes gens réformés ou classés dans le service auxiliaire de l'armée pour goitre. Ce nombre de cas de goitre, rapporté à 1.000 examinés, nous a donné alors le coefficient de la fréquence actuelle du goitre, dans chaque département.

En classant les départements par ordre décroissant, on peut les diviser en six séries. (Voir Figure.)

Dans la première se placent six départements qui, sur 1.000 jeunes gens de vingt ans, ont au moins 10 goitreux. Ce sont : la Haute-Savoie 45, la Savoie 23, les Hautes-Alpes 16, l'Ardèche 13, les Hautes-Pyrénées 12, les Basses-Alpes 10.

La seconde série comprend les départements dans lesquels l'endémie, pour être moins intense, n'en est pas moins très marquée. Sur 1.000 conscrits, 5 à 10 sont atteints de goitre. Dans cette série, se placent : la Corrèze 9,7, puis Lozère, Loire, Ariège, Landes, Dordogne, Basses-Pyrénées, Cantal, Aveyron, Isère, Puy-de-Dôme, Vosges, Haute-Saône, Rhône, Saône-et-Loire, 5,02.

Une troisième série représente le coefficient 2,5 à 5 pour 1.000. Départements : Vaucluse 4,7, Drôme, Jura, Orne, Haute-Loire, Alpes-Maritimes, Doubs, Gard, Haute-Marne, Haute-Garonne, Pyrénées-Orientàles, Lot, Ain, Aisne, 2,5.

La quatrième série comprend les départements se groupant entre les chiffres 1,25 et 2,5 pour 1.000. Ils sont au nombre de 20 : Creuse, Haute-Vienne, Sarthe, Allier, Aude, Hérault, Aube, Seine-Inférieure, Vendée, Bouches-du-Rhône, Eure, Nièvre, Tarn, Charente, Somme, Loiret, Meuse, Mayenne, Marne, Meurthe-et-Moselle.

La cinquième série est formée par les départements qui ont de 0,50 à 1,25 goitreux pour 1.000 : Deux-Sèvres, Oise, Côte-d'Or, Gironde, Cher, Seine-et-Oise, Var, Calvados, Ardennes, Indre, Seine-et-Marne, Charente-Inférieure, Nord, Yonne, Pas-de-Calais, Indre-et-Loire, Corse, Vienne, Maine-et-Loire, Tarn-et-Garonne.

Enfin, la sixième série réunit en une dernière catégorie

les 11 départements où le goitre n'existe pour ainsi dire pas : Gers, Manche, Loire-Inférieure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Ille-et-Vilaine, Seine, Côtes-du-Nord, Morbihan, Lot-et-Garonne, Finistère.

Si l'on reporte sur la carte les différentes séries qui viennent d'être indiquées, cette constatation s'impose : *que le goitre n'est pas répandu au hasard à la surface du territoire.* Les départements les plus atteints se groupent de façon à former différents îlots, plus ou moins étendus, qui occupent les régions des Alpes, des Pyrénées, du Plateau central, du Jura et des Vosges.

Deux départements forment seuls une tache isolée au milieu de la zone claire où le goitre est rare : l'Aisne, qui faisait autrefois partie d'un groupe de départements où l'endémie a beaucoup diminué, et l'Orne, qui autrefois se plaçait parmi les départements indemnes de goitre, et qui s'en est séparé par une ascension constante du nombre des cas constatés.

FIGURE.

Carte de la répartition géographique actuelle du goitre en France,

Par M. Lucien MAYET. — 1900.

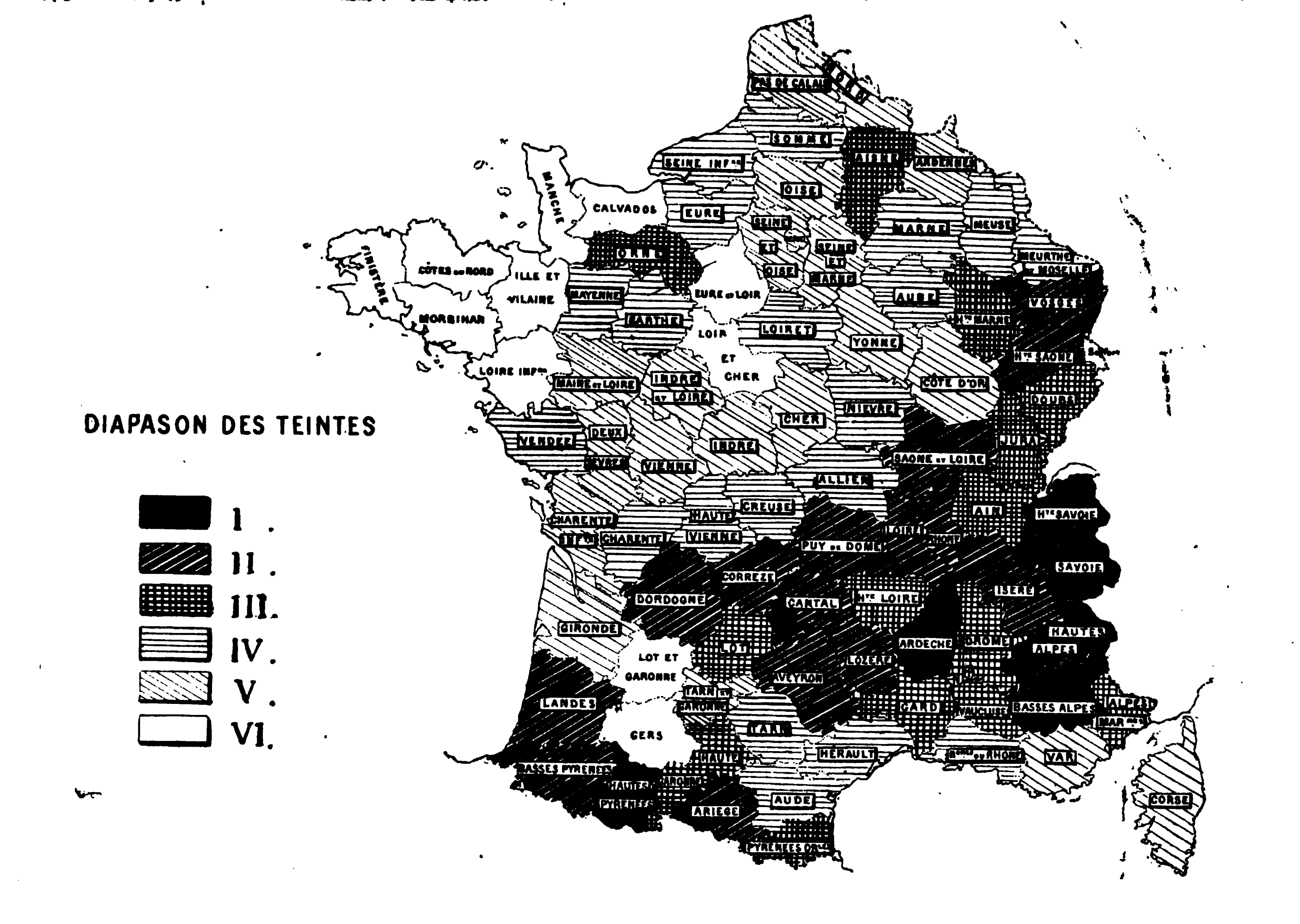
I. — Départements ayant pour 1000 conscrits examinés, réformés et classés dans l'armée auxiliaire :					10 et plus.
II. —	—	—	—		5 à 10
III. —	—	—	—		2,5 à 5
IV. —	—	—	—		1,25 à 2,50
V. —	—	—	—		0,50 à 1,26
VI. —	—	—	—		au-dessous de 0,50

*
* *

L'endémie du goitre est-elle différente aujourd'hui de ce qu'elle était autrefois ?

Il n'est guère possible de répondre à cette question autrement que par une approximation malheureusement assez éloignée de la vérité.

Dans son rapport, le Dr Baillarger a essayé de résoudre ce difficile problème. Il a indiqué une augmentation de l'endémie dans 26 départements, une diminution de cette même



DIAPASON DES TEINTES
I.
II.
III.
IV.
V.
VI.
PAS DE CALAIS
NORD
SOMME
AISNE
ARDENNES
SEINE INF^{re}
OISE
EURE
CALVADOS
MANCHE
SEINE
ET
OISE
SEINE
ET
MARNE
MARNE
MEUSE
MEURTHE
ET MOSELLE
VOSGES
ORNE
FINISTÈRE
CÔTES DU NORD
ILLE ET
VILAINE
MORBIHAN
MAYENNE
SARTHE
EURE ET LOIR
LOIR
ET
CHER
LOIRET
AUBE
H^{te} MARNE
YONNE
H^{te} SAONE
CÔTE D'OR
DOUBS
LOIRE INF^{re}
MAINE ET LOIRE
INDRE
ET LOIRE
NIEVRE
CHER
JURA
VENDEE
DEUX
SÈVRES
VIENNE
INDRE
SAONE ET LOIRE
ALLIER
AIN
H^{te} SAVOIE
HAUTE
CREUSE
CHARENTE
INF^{re}
CHARENTE
VIENNE
PUY DE DOME
LOIRE
RHONE
SAVOIE
CORREZE
ISÈRE
DORDOGNE
CANTAL
H^{te} LOIRE
HAUTES
ALPES
GIRONDE
LOT
ARDECHE
DROME
LOT ET
GARONNE
LOZERE
AVEYRON
LANDES
TARN ET
GARONNE
GARD
VAUCLUSE
BASSES ALPES
ALPES
MAR^{mes}
GERS
TARN
HERAULT
B^{ches} DU RHONE
VAR
BASSES PYRENEES
HAUTES
PYRENEES
HAUTE
GARONNE
ARIEGE
AUDE
CORSE
PYRENEES OR^{les}

endémie dans 17 départements. Ces différentes notions sont indiquées dans une carte tracée d'après Baillarger.

Pour éviter les critiques sérieuses qui peuvent être faites aux conclusions du rapporteur de la Commission française sur ce point, nous avons envisagé les variations de fréquence du goitre à un point de vue et avons suivi une méthode quelque peu différents. Nous avons tracé trois cartes qui indiquent les départements ayant présenté plus de 2,5 exemptés pour 1.000 examinés aux époques suivantes : 1816-1825, 1836-1845, 1887-1896.

D'autre part, l'étude de chacun des départements où sévit l'endémie du goitre, nous a montré que dans certains de ces départements le coefficient de la fréquence du goitre avait subi de profondes modifications.

Les cartes que nous avons dressées et les indications obtenues pour chaque département nous conduisent à dire :

Le goitre a augmenté de fréquence surtout dans la Haute-Savoie, les Landes, l'Orne, la Sarthe, la Mayenne, la Haute-Saône, le Gard, l'Hérault, la Vendée, les Deux-Sèvres, etc.

Le goitre a diminué de fréquence dans un grand nombre de départements, surtout dans les suivants : Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Hautes-Pyrénées, Ardèche, Loire, Rhône, Isère, Oise, Ardennes, Haute-Marne, Côte-d'Or, etc.

Les quelques noms qui viennent d'être cités ne veulent pas dire que dans les autres départements la fréquence soit restée stationnaire. Elle a augmenté ou diminué dans des limites variables et impossibles à préciser pour chaque département pris isolément. Le détail des variations de l'endémie du goitre nous échappe, et on ne peut donner des conclusions fermes que pour la totalité.

Ces conclusions sont les suivantes :

Les régions où le goitre se rencontre avec une certaine fréquence ne se sont pas sensiblement déplacées dans l'espace d'un siècle.

La surface occupée par l'endémie paraît avoir diminué d'étendue, surtout depuis cinquante ans.

Si dans quelques départements la fréquence du goitre a augmenté, elle a d'une façon indéniable diminué pour l'ensemble de la France, cela dans des limites qu'il ne semble pas possible actuellement de préciser.

* *
*

Peut-on indiquer avec une approximation suffisante le nombre des individus aujourd'hui atteints de goitre en France ?

Théoriquement? oui. Pratiquement? très probablement, non.

Baillarger proposait le chiffre de 500.000.

Personnellement, nous nous avons obtenu celui de 375.000 à 400.000.

L'un et l'autre sont évidemment trop faibles. On peut toutefois les regarder comme un minimum, certainement, de beaucoup au-dessous de la réalité.

Quant aux relations de fréquence du goitre et du crétinisme, dont les rapports de cause à effet sont si bien établis depuis quelques années, il n'existe aucun document permettant seulement de les soupçonner.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 2 juillet :

1° M. Soulier : Ulcère de l'estomac chez les enfants.

2° M. Arloing : Du pouvoir agglutinant du sang des tuberculeux.

3° M. Boisson : Contribution à l'étude des effets du vieillissement sur la pulpe vaccinale.

XIII° Congrès international de médecine. — Voici le programme des fêtes qui seront offertes à MM. les membres du Congrès, à Paris, du 2 au 9 août 1900 :

2 août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République.

3 août, fête, le soir, sur invitation offerte par M. le Président du Congrès.

5 août, réception des membres du Congrès, le soir, par M. le Président de la République, au palais de l'Élysée.

8 août, fête, le soir, dans le palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil municipal de Paris.

En outre, des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des sections.

Pour toutes ces fêtes, seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Un Comité des dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Concours pour le Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira le 17 décembre prochain pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront :

1° Être nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier 1900 ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen de deux malades atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter.

4° Interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministère de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel et mobilisation) avant le 1er décembre 1900.

Singulière zoophobie. — Du *Daily Telegraph :*

Il faut espérer que les Boërs ne connaissent pas l'antipathie profonde de lord Roberts pour les chats.

Pendant une bataille sous Caboul, le général, entouré de son état-major, restait, comme à l'habitude, impassible sous une grêle de balles et d'obus. Tout à coup il se mit à trembler. Cet homme, qui a vu cent batailles, montrait, avec des gestes désespérés, le sommet d'un mur qui se trouvait à côté de lui.

Les officiers de son état-major, tournant les yeux dans cette direction, virent, sur la crête du mur, un chat à demi-mort de faim. On chassa le chat, et lord Roberts reprit possession de lui-même.

Un autre jour, à Mandalay, un aide-de-camp, se rendant au quartier général pour accompagner le commandant en chef au mess, le trouva assis, presque évanoui, regardant un petit chat qui se frottait le long de ses jambes.

Un littérateur connu, qui a beaucoup voyagé en Asie, avait rapporté un magnifique chat ; il était naturellement très fier de le montrer à ses amis. Lord Roberts dînait chez ce littérateur, lorsque le chat entra dans la salle à manger et sauta sur les épaules de l'amphitryon. Immédiatement lord Roberts expliqua, avec embarras, qu'il avait oublié un rendez-vous important et se voyait dans la nécessité de se retirer. Mais, comme on insistait, il resta, à la condition cependant qu'on éloignât le chat.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juin	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombés	évap.	
17	752	0	749	24	+30.4	15	+12.9	4	65	43	0.0	4.4	21
18	752	9	748	24	+27.7	14	+16.5	5	98	69	16.2	4.3	24
19	748	0	746	18	+29.2	14	+15.1	4	80	49	5.8	1.8	21
20	747	24	745		+24.6	12	+15.2	4	95	71	0.3	3.0	31
21	747	0	743	1	+30.5	16	+14.7	4	67	46	0.3	1.7	21
22	751	14	745		+21.6	16	+13.6	10	92	67	3.0	4.8	19
23	752	22	749		+25.8	15	+ 9.2	4	95	40	4.2	1.0	17

Maladies régnantes. — La mortalité diminue; le nombre des décès, 154 cette semaine, revient à son niveau habituel.

L'épidémie de petite vérole ne tend pas encore à disparaître. Tout en restant encore assez élevé le nombre des varioles signalées au Bureau d'hygiène n'arrive plus aux chiffres de 30 à 40 que nous avons eus pendant quelques semaines. Dans la dernière période hebdomadaire, on en a déclaré 19 : 5 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIe, 6 dans le IIIe, 1 dans le IVe, 5 dans le VIe.

Les autres maladies éruptives continuent à se montrer très fréquentes.

Toujours beaucoup de rougeoles, non seulement du reste à Lyon, mais encore dans les autres villes et dans les campagnes de la région environnante.

Quinze scarlatines : 2 dans le Ier arrondissement, 10 dans le IIIe, 1 dans le Ve et 2 dans le VIe.

Des érysipèles en assez grand nombre.

Quelques fièvres typhoïdes, mais en trop petit nombre pour faire craindre une épidémie.

Enfin des complications et des menaces de fièvre puerpérale dans les suites de couches.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 23 juin 1900 on a constaté 154 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Catarrhe pulmonaire	1	Affections du cœur.	15
Variole	1	Broncho-pneumonie	5	— des reins....	8
Rougeole	1	Pneumonie........	13	— cancéreuses..	18
Scarlatine.	0	Pleurésie.........	0	— chirurgicales.	8
Erysipèle..........	1	Phtisie pulmonaire.	33	Débilité congénitale	3
Diphtérie-croup ...	3	Autres tuberculoses	7	Causes accidentelles	6
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	4	Aut. causes de décès	10
Affect. puerpérales.	1	Mal. cérébro-spinales	9		
Dysenterie	0	Diarrhée infantile..	4	Naissances	187
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	0	Mort-nés........	6
Bronchite aiguë....	1	Maladies du foie...	1	Décès...........	154

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
B. LYONNET.

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

DE L'INOCCLUSION CONGÉNITALE DU SEPTUM VENTRICULAIRE SANS CYANOSE

Par Ch. VINAY.

En 1879, Henri Roger a individualisé un type morbide parmi les nombreuses malformations congénitales du cœur ; ce type consiste dans une communication des deux cœurs par inocclusion du septum ventriculaire sans maladie bleue (1). Ce qui fait l'intérêt clinique de cette lésion, c'est d'abord sa fréquence relative, c'est encore le fait qu'elle est compatible avec une existence parfois assez longue.

J'ai observé personnellement trois cas de cette sorte.

Dans le premier, il s'agissait d'un enfant né à la Maternité de Hôtel-Dieu qui succomba brusquement le onzième jour qui suivit sa naissance. Il y avait deux oreillettes, persistance du canal artériel et large communication entre les deux ventricules, c'était un cœur de chélonien.

Le deuxième fait a déjà été présenté à la Société de médecine par mon interne, M. le docteur Martin, en novembre 1899, je le rappelle sommairement. La mère était primipare, elle accoucha le 10 octobre dernier à la Maternité de l'Hôtel-Dieu ; elle avait été atteinte, antérieurement à sa grossesse, de deux attaques de rhumatisme articulaire aigu qui avaient laissé comme vestiges une endocardite avec insuffisance mitrale. La grossesse avait été bonne et la compensation était complète au point de vue de la lésion cardiaque. Cette femme ne présentait aucun stigmate de dégénérescence, la sensibilité et les réflexes étaient normaux.

L'enfant naquit petit, chétif, il pesait 2 kil. 300, et présentait de la phocomélie, il était dépourvu de bras et d'avant-bras et les mains étaient plaquées sur les épaules. A l'auscultation de son cœur, on percevait vers la partie moyenne du sternum un souffle systolique localisé dans la région indiquée et ne se propageant ni vers la base, ni vers la pointe, ni à droite, ni à gauche ; il y avait absence complète de cyanose.

(1) H. ROGER. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 21 octobre 1879.

L'enfant ne put être allaité et succomba le 14 octobre; depuis deux jours on voyait se développer sur le pariétal gauche une hématome qui envahit rapidement tout le cuir chevelu.

A l'autopsie on trouve les ventricules dilatés, particulièrement le ventricule droit; il y avait persistance du canal artériel, et le trou de Botal n'était pas encore complètement obturé. Dans le ventricule gauche, au niveau de la cloison, vers la partie supérieure, on aperçoit, sous les valvules aortiques, un orifice de la grosseur de la tête d'une grosse épingle, un stylet y pénètre facilement et montre que la communication est complète avec le ventricule droit. Pas d'endocardite.

Les poumons présentent à première vue un aspect ecchymotique en différents points. Ces ecchymoses larges ne sont pas localisées sous la plèvre. Le tissu pulmonaire est envahi. Ce sont de véritables infarctus diffus, comme le montre la coupe du parenchyme pulmonaire.

La troisième observation est relative à un enfant de la clientèle de la ville, né en février 1899, et qui succomba un an après sa naissance. Dès les premiers jours de la vie, je pus constater l'existence d'un souffle systolique vers la région moyenne du cœur; ce souffle avait une assez grande intensité et ne se propageait ni à droite ni à gauche dans la direction de la clavicule. Cet enfant fut continuellement maladif, il eut au début des accidents d'atrepsie qui mirent sa vie en danger; puis survint une bronchite qui se capillarisa et le petit malade succomba à des accidents de bronchopneumonie. A aucun moment on n'observa de la cyanose. Pas d'autopsie possible.

J'ai retrouvé chez ces malades, au moins chez les deux derniers, les signes qui caractérisent la maladie de Roger, et qui résultent de la communication des deux ventricules. Il n'y eut pas de symptômes objectifs, la cyanose était absente malgré le mélange des deux sangs; l'auscultation seule permit de reconnaître la maladie.

Symptômes. — Celle-ci se traduit par un souffle que le siège, la fixité et l'intensité rendent caractéristique. Comme l'a indiqué H. Roger, le souffle est *intense*, le maximum

n'est ni à la base ni à la pointe, mais au tiers supérieur de la région précordiale, il est *médian*, *unique*, *prolongé*, son début est *systolique*, il couvre les deux temps. En outre, il est fixe sans propagation dans les vaisseaux ; enfin il coïncide souvent avec un *frémissement cataire*, surtout quand la vie se prolonge et que le cœur a le temps de s'hypertrophier.

L'existence d'un souffle chez un enfant à la mamelle doit toujours faire soupçonner une malformation congénitale du cœur ; le rhumatisme vrai, comme l'endocardite, n'existent pas dans la première enfance. H. Roger n'a jamais rencontré d'endocardite au-dessous de deux ans. Sans doute on observe parfois chez les nourrissons, même pendant les premiers jours de la vie, des arthrites aiguës multiples ; il s'agit alors de localisations causées par la blennorragie ou la septicémie, mais dans aucun cas jusqu'à présent on n'a pu incriminer le rhumatisme vrai. C'est du reste ce qu'on observe chez les femmes enceintes.

Un autre fait que Roger a bien mis en évidence, c'est l'absence de maladie bleue, malgré la communication entre les deux cavités ventriculaires et malgré le mélange du sang veineux et du sang artériel qui en résulte. C'est un point sur lequel je désire insister quelque peu, car il se trouve encore un certain nombre de médecins qui croient que cyanose et malformation cardiaque résultent de la persistance du trou de Botal, c'est-à-dire d'une communication durable entre les deux oreillettes et que la maladie bleue est la conséquence du mélange des deux sangs.

Je puis rappeler à cet égard les cas de malformations cardiaques publiés à Lyon depuis dix ans, et qui tous montrent que, malgré ce mélange, la cyanose n'existait pas.

En 1889, Chapotot (1) a rapporté le cas fort intéressant d'un enfant âgé de 20 mois, qui succomba, à la Charité, dans le service de M. Colrat, à la suite d'une broncho-pneumonie. La cyanose manquait. On trouva, à l'autopsie, une oblitération complète de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, avec large communication entre les deux oreillettes et per-

(1) Chapotot. Note sur un cas de malformation congénitale du cœur sans cyanose. *Lyon Médical*, 8 décembre 1889.



foration peu étendue du septum ventriculaire ; il n'existait ni lésion, ni transposition des vaisseaux afférents ou efférents. La circulation intra-cardiaque était établie de telle sorte que le sang veineux de l'oreillette droite était obligé, pour revenir dans le ventricule droit, de se frayer un chemin d'abord à travers l'oreillette gauche, puis le ventricule gauche et enfin l'orifice anormal de la cloison interventriculaire.

En 1890, Ch. Audry et Lacroix (1) font l'autopsie d'un enfant ayant succombé deux jours et demi après sa naissance, qui ne présentait qu'une seule cavité auriculaire et qu'une seule cavité ventriculaire ; pas de maladie bleue.

Plus récemment, Lépine (2) a pu examiner le cœur d'un jeune homme de 16 ans qui n'avait guère présenté qu'un peu d'essoufflement et, depuis un an, une dyspnée un peu marquée et de l'œdème des membres inférieurs. Il n'y eut jamais de cyanose chez ce malade qui succomba à une syncope. Pendant la vie on pouvait constater dans la région précordiale un souffle râpeux, systolique, intense, qui s'entendait en arrière. A l'autopsie : cœur hypertrophié, large perte de substance dans la cloison interventriculaire qui fait communiquer le ventricule gauche non seulement avec le ventricule droit, mais aussi par un fin pertuis avec l'oreillette droite. L'orifice pulmonaire est rétréci. Enfin il y a branchement prématuré de l'artère pulmonaire.

Il serait difficile de contester dans ces trois cas, comme dans les miens du reste, qu'il y eût un mélange des deux sangs, et cependant dans aucun on n'a observé le syndrome connu sous le nom de *maladie bleue*. En réalité une pareille affection ne dépend point de ce mélange, et depuis longtemps déjà les recherches de Morgagni, Louis, Bouillaud, Cruveilhier, etc., ont montré qu'il fallait rapporter ce trouble de l'hématose à une cause différente.

La cyanose ne dépend pas davantage de la persistance du trou de Botal, puisqu'un pertuis faisant communiquer les deux oreillettes existe environ chez le tiers des sujets. Dans

(1) Ch. Audry et Lacroix. Sur un cas de malformation du cœur. *Lyon Médical*, 9 mars 1890.

(2) Lépine. Malformation congénitale du cœur. *Lyon Médical*, 8 avril 1894.

un mémoire sur les *Formes tardives de la maladie bleue*, Bard et Curtillet (1) ont émis l'idée que dans le cas de perméabilité du conduit de Botal chez l'adulte, le mélange des deux sangs pouvait se produire, tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche, mais que, dans ce dernier cas seulement, c'est-à-dire lorsque le sang veineux venait se mêler au sang artériel et l'adultérer, la cyanose apparaissait. A l'état normal, disent-ils, lorsque le trou de Botal est perméable, ou bien il y a équilibre de pression entre les deux oreillettes, ou bien la pression reste plus élevée dans l'oreillette gauche et, dans ce cas, le mélange des deux sangs se produit, mais il se fait de gauche à droite et ne détermine aucune cyanose. Mais plus tard, quand survient l'asystolie, la pression augmente dans le cœur droit, dans l'oreillette notamment, et le courant dévié se fait de droite à gauche, c'est le sang veineux qui se mêle au sang artériel et la maladie bleue apparaît.

Une pareille explication de la cyanose paraît bien artificielle; cette alternance dans la direction du courant sanguin oscillant de gauche à droite, puis de droite à gauche, selon les besoins de la théorie, n'est rien moins que démontrée. Rien n'indique qu'à l'état normal la pression interne de l'oreillette gauche soit supérieure à celle de l'oreillette droite, pas plus qu'à l'état pathologique, ce soit cette dernière qui présente une force contractile supérieure, peut-être même est-ce l'inverse qui est la réalité; je parle, bien entendu, des pressions actives (2).

Quoi qu'il en soit, les faits cliniques permettent à eux seuls d'écarter la théorie de Bard et Curtillet. Il est des cas, comme celui de Chapotot, où le passage du sang des cavités droites dans les cavités gauches est nécessaire, fatal, et cependant la cyanose est absente; tandis qu'il en est d'autres, comme ceux de Duroziez, d'Oulmont, où l'écoulement du sang se fait en sens inverse, de gauche à droite, et dans les-

(1) Bard et Curtillet. Contribution à l'étude de la maladie bleue. *Revue de médecine*, 1889, p. 993.

(2) D'après les expériences de Chauveau et Marey, la force déployée par l'oreillette droite, à l'état physiologique, est de $0^m,0025$; celle de l'oreillette gauche peut être évaluée à $0^m,0020$. Art. *Physiologie du cœur*, Dictionnaire Dechambre.

quels la maladie bleue est manifeste. En réalité, le symptôme caractéristique, quoique rare, de la persistance du trou de Botal, c'est l'accident connu sous le nom d'embolies *croisées*, d'embolies *paradoxales* (1); des caillots formés dans l'oreillette droite ou ses vaisseaux afférents sont lancés à travers la paroi interauriculaire dans la circulation aortique.

On remarque encore chez quelques sujets atteints de malformations cardiaques que la cyanose ne se manifeste que passagèrement, à la suite d'impressions morales vives, de quintes de toux, d'efforts répétés; il faudrait alors supposer, comme le remarque Grancher, que le mélange des deux sangs ne se fait que d'une façon intermittente : ce qui serait peu compréhensible. Il est plus simple d'admettre que la cause réelle de cette asphyxie transitoire est un trouble temporaire de l'activité cardiaque, une insuffisance passagère du myocarde provoquant une rupture de l'équilibre circulatoire. Tant que la compensation au mélange des deux sangs reste suffisante, la maladie bleue n'existe pas; dès qu'elle faiblit, la cyanose devient manifeste.

En somme, la condition prochaine de la maladie bleue n'est pas dans le cœur, mais bien dans le poumon; elle ne résulte pas du mélange des deux sangs veineux et artériels, mais d'une rupture passagère ou durable de l'équilibre circulatoire, d'où résulte une insuffisance de l'hématose. Assurément la cyanose peut coïncider avec les malformations cardiaques les plus diverses, mais le plus ordinairement on trouve à l'autopsie, avec la communication anormale des deux ventricules, *un rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Le résultat de cette sténose est de provoquer une stase dans le système veineux général, de gêner l'abord du liquide sanguin dans les poumons et par conséquent de troubler l'hématose. C'est ce qu'indiquent les travaux de Peacock, de Rauchfuss, de Variot, etc. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire est, en effet, une des anomalies les plus fréquentes, elle se trouve dans plus de 60 pour 100 des faits. Sa coïncidence semble donc nécessaire dans la grande majorité des cas, on ne peut dire dans tous, pour que la communi-

(1) Voir Landau. Ueber Melaena der Neugeborenen. *Inaug. Dissert.* Breslau, 1874. — Firket. Contribution à l'étude de l'embolie paradoxale. *Bulletin de l'Académie de Belgique*, 1891.

cation entre les deux ventricules produise la maladie bleue. Du reste un caractère général des anomalies de formation du cœur, c'est la coïncidence fréquente de plusieurs de ces malformations.

Pathogénie. — La pathogénie des malformations congénitales du cœur reste obscure ; quelques auteurs invoquent les maladies de l'endocarde précédant la naissance, l'endocardite fœtale ; d'autres les rapportent à la perversion de la force formatrice, d'où résulte un arrêt de développement.

On sait par quelles séries de changements le cœur parvient de cylindre creux rectiligne à la forme parfaite d'organe muni de quatre cavités distinctes.

Primitivement le cœur représente un tube contourné qui, depuis le bulbe artériel jusqu'au sinus veineux commun, est constitué par une cavité successivement dilatée et rétrécie, mais unique et continue d'une extrémité à l'autre.

Chez l'embryon humain les premières traces de cloisonnement se manifestent dans le cours du second mois au niveau des deux extrémités du cylindre cardiaque ; c'est d'abord le bulbe artériel qui se divise en aorte et en artère pulmonaire ; puis à l'extrémité opposée le sinus veineux commun se dédouble peu à peu en veine cave supérieure et en veine cave inférieure. Mais il n'y a dans ce cœur que deux cavités successives, auriculaire et ventriculaire, si bien que l'organe ressemble à un certain moment au cœur veineux bicavitaire du poisson.

Le cloisonnement des cavités se manifeste d'abord, du côté des ventricules, sous forme d'un croissant de substance musculaire qui débute par la pointe, s'élève progressivement et détermine vers la septième semaine la séparation définitive des cavités ventriculaires.

Le cloisonnement des oreillettes est un peu plus tardif et ne survient que vers la huitième semaine ; il se produit aussi sous forme d'un léger croissant dans le prolongement du septum ventriculaire.

En somme, au début du troisième mois, la constitution définitive du cœur avec quatre cavités distinctes est achevée ; mais comme on l'a vu, les cloisonnements des différents segments se font à des époques successives et indépendam-

ment les uns des autres, c'est dire que les anomalies de développement peuvent être variables et porter sur chacun de ces segments pris séparément.

Il est vraisemblable que l'étiologie des maladies congénitales du cœur n'est point univoque. Si dans quelques cas, comme celui de Chapotot, on peut incriminer l'existence d'une endocardite fœtale pour expliquer l'oblitération de l'orifice auriculo-ventriculaire, il en est d'autres, comme pour le second de mes malades, où la coïncidence d'une autre monstruosité — il s'agissait de phocomélie — permet de rapporter les deux lésions à une même cause qui est un trouble de la force organogénique.

Les malformations qui portent sur les orifices du cœur ou sur les vaisseaux peuvent être attribuées à des lésions inflammatoires et congénitales de l'endocarde, ce sont les plus fréquentes ; quant à celles qui sont localisées sur les cloisons, il est bien difficile de ne pas les rapporter à des arrêts de développement. Dans les deux cas de cette sorte où j'ai pu pratiquer des autopsies, il n'y avait pas trace d'endocardite. D'un autre côté, lorsqu'il y a communication entre les deux ventricules, la lésion siège le plus souvent vers la partie supérieure de la paroi, en un point situé à la base de la cloison, sous les valvules aortiques ; à ce niveau les deux cavités ne sont séparées l'une de l'autre que par l'épaisseur de l'endocarde, c'est l'*undefended space* des auteurs anglais, le *septum membraneux* de Pelvet, la *fosse interventriculaire* d'Alvarenga ; or, la formation de cette partie de la cloison est tardive, elle ne vient qu'après celle de la portion musculaire, et chez l'homme elle est contemporaine de la formation des membres thoraciques, elle survient vers la fin du deuxième mois.

Diagnostic. — Ce qui caractérise la maladie de Roger, c'est la communication anormale entre les deux ventricules se manifestant, pendant la vie, par un souffle systolique intense, unique, prolongé, ayant son siège vers la région médiane du cœur, sans propagation vers la partie supérieure du thorax ; ce qui caractérise aussi cette maladie, c'est l'absence de maladie bleue.

Un pareil diagnostic ne peut se faire qu'après la naissance,

il ne faut pas compter trouver chez le fœtus, pendant la grossesse, les souffles qui résultent de malformations cardiaques. Sans doute l'auscultation de la femme enceinte fait percevoir assez fréquemment des signes de cette sorte, mais il s'agit de souffles funiculaires qui disparaissent après la naissance. J'ai ausculté pour ma part des milliers d'enfants *in utero*, et jamais je n'ai rencontré de souffles qui persistassent, l'accouchement terminé. L'impossibilité de les percevoir, au cours de la gestation, résulte d'abord de la faible pression vasculaire qui est la règle chez les jeunes sujets. Dans ses recherches kymographiques pratiquées sur de jeunes chiens, Hofmann (1) a constaté que la pression sanguine ne s'élevait qu'à 90 millimètres, tandis que sur l'animal adulte, elle monte à 160, 180 millimètres. Lorsqu'on ausculte la tortue qui possède deux oreillettes et un seul ventricule, on n'entend que le second bruit du cœur, mais pas de souffle ; or, selon la remarque de Collin, la pression intra-cardiaque est très faible chez les petits animaux.

Mais la raison principale qui empêche de percevoir les souffles organiques du fœtus, c'est l'attitude qu'il présente dans l'utérus. Cette attitude est celle de la flexion, le tronc est replié sur lui-même, les segments des membres sont fléchis et appliqués sur le thorax, de sorte que les bruits du cœur ne sont bien nets qu'au niveau du dos; il est impossible d'appliquer le stéthoscope sur la paroi antérieure du tronc, quelque effort que l'on fasse. Comme ce n'est guère qu'à ce niveau que les souffles résultant de lésions cardiaques sont nettement perceptibles, chez le nouveau-né, on comprend qu'ils échappent, même à un examen minutieux.

Pronostic. — Les individus atteints de communication entre les deux ventricules meurent jeunes, leur santé reste précaire, et chez eux la vie est souvent à la merci d'une affection intercurrente. Ils succombent assez souvent à la tuberculose pulmonaire, comme dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire; toutefois la tuberculose ne semble pas aussi fréquente que dans cette dernière malformation. Les inflammations du poumon ou des bronches

(1) E. Hofmann : *Oesterr. Jahrbuch f. Pædiatrik,* 1877, p. 189.

ont le retentissement le plus fâcheux sur le fonctionnement d'un cœur anormal et déjà défaillant de par sa conformation ; plus encore que la tuberculose, c'est la pneumonie ou la broncho-pneumonie qui provoque la terminaison fatale, surtout chez les très jeunes sujets. Enfin, on peut observer la mort subite, comme il arrive dans toutes les cardiopathies.

Mais la lésion est compatible parfois avec une survie assez longue ; le malade de Lépine arriva à l'âge de 16 ans, celui de Revilliod a vécu 32 ans, un autre, observé par Oulmont, ne succomba qu'à l'âge de 59 ans. Cette résistance vraiment exceptionnelle doit entrer en ligne de compte quand on veut apprécier le pronostic de cette affection.

Le *traitement* doit être surtout prophylactique ; les adolescents qui ont échappé aux complications pulmonaires si fréquentes au cours de la première et de la seconde enfance, doivent être considérés comme des valétudinaires ; ils éviteront de se livrer aux exercices physiques violents, comme la gymnastique, l'escrime, l'alpinisme, l'équitation, la bicyclette, etc.; le choix d'une profession a la plus grande importance, en raison de son influence possible sur la destinée du cœur ; enfin il faudra veiller spécialement au bon fonctionnement de la peau. En cas de rupture de l'équilibre circulatoire, le traitement n'est autre que celui de l'asystolie. L'emploi de la digitale est des plus utiles, même chez les très jeunes enfants. Je l'administre, chez eux, sous forme de teinture éthérée et à la dose de 2 à 3 gouttes dans les 24 heures.

Je terminerai par un conseil qui me semble avoir quelque importance pratique. Je crois qu'un certain nombre de morts subites survenant pendant les premiers jours de la vie, doivent être rapportées à des malformations cardiaques, j'en ai fourni moi-même un exemple ; et, comme l'auscultation permet souvent de les déceler, je considère comme une nécessité d'examiner avec soin le cœur de tous les enfants, dès les premières heures qui suivent la naissance. Grâce à cet examen, l'accoucheur pourra parfois reconnaître des lésions incompatibles avec une survie quelque peu prolongée, il se mettra ainsi à l'abri de reproches immérités.

LA COAGULATION DU LAIT SOUS L'INFLUENCE DE LA PRÉSURE S'ACCOMPAGNE-T-ELLE D'UN PHÉNOMÈNE ÉLECTRIQUE ?

Par MM. M. CHANOZ et M. DOYON.

(*Travail des Laboratoires des professeurs Morat et Gouy.*)

I. — *But du travail.* — Nous avons montré (1) que la coagulation du sang ne s'accompagne pas d'un phénomène électrique supérieur à 1/4000e de volt. Nos recherches ont également porté sur la coagulation du lait par la présure ; nous exposons ici nos résultats.

II. *Conditions expérimentales.* — Elles sont à peu près les mêmes que dans nos expériences sur la coagulation du sang.

A) Dans de pareilles recherches les chances d'erreur augment avec la durée de l'expérience. Il y a donc intérêt à provoquer une coagulation rapide du lait. Vers 15° le lait n'est coagulé que lentement et très irrégulièrement par la présure (1 heure et plus). Au-dessus de 30° la coagulation a lieu en quelques minutes. Nous avons opéré vers 35° environ.

B) Dans ces conditions se présente une difficulté qui nécessite des précautions spéciales.

Supposons le lait contenu dans notre vase à deux compartiments, placé dans une enceinte à température différente. Un rayonnement s'établit entre le liquide et l'enceinte ; si les autres conditions sont les mêmes, ce rayonnement ne dépend que de la nature physique du lait.

Quand le lait se coagule dans un compartiment, sa nature physique change. De ce fait résulte une dissymétrie dans le rayonnement des deux compartiments : la marche des thermomètres dans chaque case différera (2). Les deux masses seront à des températures différentes ; au niveau des électrodes plongées dans ces masses pourront prendre naissance des phénomènes thermo-électriques notables, d'où cause d'erreur.

(1) *Société de biologie,* mai 1900.

(2) Dans une expérience nous avons constaté une différence de température de 1° en faveur de la case où se formait le caillot.

L'emploi d'une enceinte isolante contenant le vase à lait nous a permis de rendre négligeable cette perturbation.

c) Un vase en grès placé dans une caisse en bois spacieuse est entouré d'une couche épaisse de sciure de bois. Un couvercle formé d'ouate et de carton ferme l'ouverture du vase. Ce dispositif est maintenu constamment dans une grande chambre-étuve à température constante.

III. *Marche de l'expérience.* — Le vase à deux compartiments rempli de lait frais préalablement chauffé vers 38° à 40° est placé au milieu de la chambre-étuve. On agite le liquide de temps en temps. Quand la température est très voisine de la température de l'enceinte isolante on place le vase à lait dans cette enceinte. On étudie la marche du thermomètre sensible placé dans le lait de chaque case. Quand la température est constante au 10e de degré près, les électrodes sont immergées dans le lait et réunies aux appareils de mesure installés hors de l'étuve.

On conduit ensuite l'expérience comme dans le cas du sang ajoutant la présure lorsque l'équilibre est établi.

La durée de la coagulation (en général 8 à 20 minutes) est donnée par une expérience témoin.

IV. *Résultats.* — Nous avons multiplié les expériences (15 environ), soit à 18°, soit à 35°, avec des doses diverses de présure (0,5 à 2 °/₀). Dans quelques cas nous avons noté des variations électriques de l'ordre de 1/800 de volt environ. L'étude des conditions nous a prouvé que ces variations étaient liées à d'autres causes que la coagulation. Après élimination des principales causes d'erreur, nous n'avons jamais observé (soit avec l'électromètre, soit avec le galvanomètre) de phénomène supérieur à 1/3000e de volt.

V. *Conclusion.* — Étant donné les causes d'erreur rencontrées dans ces sortes de recherches nous estimons, contrairement à M. Raphaël Dubois (1) qu'il est actuellement impossible d'*affirmer* que la coagulation du lait est accompagnée d'un phénomène électrique attribuable à l'action du Lab-ferment.

(1) *Société de biologie* et *Journal de physiologie et de pathologie générales*, janvier 1900. — *Comptes-rendus de la Soc. de biol.*, juin 1900.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 25 juin 1900. — Présidence de M. Horand.

CHANCRE MOU DE LA JAMBE.

M. Carle, interne des hôpitaux, présente un malade de la clinique de M. le Prof. Gailleton. Cet homme est atteint d'une ulcération circulaire siégeant sur la face antérieure de la jambe gauche; elle est survenue trois semaines après un chancre mou du sillon balano-préputial. Elle a débuté le 10 mars par un bouton rouge que le malade a écorché avec l'ongle. D'abord grosse comme une tête d'épingle, puis comme un pois, elle s'est élargie, si bien qu'actuellement elle a la forme et les dimensions d'une pièce de cinq francs avec large auréole inflammatoire; fond grenu, sanieux, saignant facilement; pas d'induration sous-jacente, bords mous, non décollés, enflammés.

En somme, malgré la localisation, apparence de chancre mou.

Une inoculation, faite le jour de l'entrée du malade dans le service, a fixé le diagnostic par sa réussite.

INDURATION TARDIVE.

M. Carle présente un second malade du service de M. le Prof. Gailleton.

C'est un homme âgé de 27 ans, qui a été atteint, il y a quatre ans, à Paris, des symptômes suivants : ulcération indurée siégeant sur le sillon balano-préputial, non douloureuse, non suppurée, non saignante; ganglions des deux côtés, non douloureux, en pléiade; quelques jours après, éruption maculeuse, lenticulaire, non prurigineuse; lésions de la bouche et de l'anus; chute des cheveux. Traitement par les pilules de Dupuytren et le sirop de Gibert.

Disparition de tous les accidents jusqu'au 15 janvier 1900. A cette époque, nouveau chancre exactement sur le même siège que le premier, nettement induré; plaques dans la bouche; chute des cheveux.

Le 29 mai, apparition d'une éruption maculeuse, furfu-

racée, circinée, débutant par les deux creux sous-claviculaires et envahissant rapidement le thorax et les membres supérieurs; pas de prurit. Pas d'autres ganglions qu'un ganglion inguinal abcédé depuis un mois.

M. GAILLETON a fait présenter ce malade parce que son cas prête à discussion. On pourrait en effet se demander s'il ne s'agit point ici d'une réinfection syphilitique. Il paraît indéniable que cet homme a eu la syphilis il y a quatre ans; le diagnostic n'a pas été porté, il est vrai, par un médecin, mais par un pharmacien, frère du sujet, qui l'a soumis au traitement spécifique; en trois semaines, tout fut fini.

Les accidents actuels de quelle nature sont-ils? Le chancre a bien les allures d'un chancre syphilitique, mais il persiste depuis le mois de janvier, cela est insolite : un spécialiste qui a vu le malade au début a déclaré qu'il s'agissait d'un chancre mou; le ganglion inguinal qui s'est abcédé vient confirmer ce diagnostic. L'induration qui peut donner le change est le fait du premier chancre qui occupait exactement le même siège. Quant à l'éruption qui est survenue ces derniers temps, on pourrait, n'était le siège, la prendre pour un pityriasis vulgaire. M. Gailleton croit plutôt à une syphilide circinée. En résumé, le diagnostic peut se formuler ainsi : chancre mou survenu sur une ancienne induration syphilitique, poussée nouvelle d'accidents secondaires. L'hypothèse d'une réinfection syphilitique ne paraît pas soutenable.

M. HORAND est persuadé, comme M. Gailleton, que ce malade a eu la la syphilis il y a quatre ans et qu'il n'a pas subi une réinfection.

Le chancre actuel est un chancre mou. Quant à l'éruption, M. Horand ne la croit pas de nature spécifique; elle n'a pas la teinte *jambon fumé* des syphilides, et ne s'accompagne nulle part de tuméfaction ganglionnaire. M. Horand pense qu'il s'agit là d'un pityriasis circiné comparable à celui qu'il a décrit autrefois.

KÉRATALGIE TRAUMATIQUE.

M. le Dr GRANCLÉMENT présente un malade offrant un cas type et grave de cette singulière affection qu'il a décrite pour la première fois en 1888, sous le nom de *kératalgie traumatique*.

Cet homme, âgé de 30 ans, a eu la cornée de l'œil droit frôlée par la feuille d'un petit arbuste, il y a deux ans. Cet attouchement n'a jamais, à aucun moment, déterminé de plaie ni d'ulcère sur la cornée en question.

Néanmoins, il a souffert pendant les trois jours qui ont suivi cet incident, en apparence insignifiant; ces souffrances continuelles se manifestaient par une sensation de cuisson

intense, surtout lorsqu'il voulait fermer l'œil, avec photophobie et larmoiement abondant et continu.

Après ces trois jours de souffrance, tout a semblé rentrer dans l'ordre.

Mais, ainsi que cela se produit dans cette affection bizarre, quelques semaines après, il a senti ces douleurs revenir pendant la nuit seulement, sur le matin, et jamais pendant le jour. Il est réveillé, non pas toutes les nuits, mais de loin en loin, par une sensation très pénible de sécheresse et de cuisson ardente de l'œil autrefois touché ; cette douleur dure de 10 à 40 minutes jusqu'a ce qu'il se produise un abondant écoulement de larmes ; alors seulement il peut écarter les paupières et la scène douloureuse ne tarde pas à prendre fin.

Plus rarement, il est repris d'une crise aussi douloureuse et aussi longue que celle qui a suivi immédiatement l'accident, c'est-à-dire qu'elle dure sans répit pendant trois jours environ.

Il est venu le voir ce matin, en proie depuis deux jours à l'une de ces graves crises exceptionnellement longues et douloureuses.

Il n'y a qu'un remède qui soulage ces malades, c'est la cocaïne en instillations répétées aussi souvent et aussi longtemps que l'exige la durée de la crise.

Mais pour avoir raison de ces crises prolongées, M. Grandclément emploie actuellement l'euphtalmine concurremment avec la cocaïne. Autrefois il employait l'atropine avec la cocaïne; mais l'euphtalmine, qui possède à peu près la même action thérapeutique sur les douleurs ciliaires que l'atropine, a le grand avantage sur celle-ci, de ne dilater la pupille que pendant cinq heures et de paralyser ou mieux *parésier l'acommodation* pendant une heure seulement ; de telle sorte que le malade peut reprendre ses occupations aussitôt que la crise est terminée.

C'est là un grand avantage à l'actif de ce merveilleux mydriasique, l'euphtalmine.

A la prochaine occasion, au lieu et place de la cocaïne combinée avec l'euphtalmine, il va essayer un nouvel anesthésique plus profond et plus actif des douleurs profondes de l'œil, la *dionine*, qui est encore peu employée et peu connue.

Ces ressources thérapeutiques sont très importantes à connaître pour ces cas de *kératalgie traumatique*; car ces *blessés sans l'être*, ces *pseudo-blessés* qui n'ont généralement aucune plaie visible ou appréciable de l'œil, souffrent ainsi périodiquement, pendant la seconde moitié de la nuit, durant des années et des années.

M. Grandclément a expliqué cette douleur singulière, à retours périodiques et prolongés, en supposant que le corps vulnérant, généralement une feuille de plante d'appartement, a blessé l'un de ces petits nerfs cornéens qui viennent presque affleurer à la surface de la cornée, entre les cellules épithéliales de cette membrane, sous forme d'un bouton de manchette.

De cette façon, il se produit là au début une petite *névrite minuscule*, qui revient souvent sous forme d'une névralgie périodique et passagère, ravivée peut être par des conditions météorologiques particulières ; il se produit là ce qui se produit au niveau de certaines fractures anciennes qui servent en quelque sorte de baromètre, par leur endolorissement périodique, mais irrégulier.

MM. Guinard et Chatin lisent un travail intitulé : Contribution à l'étude pharmaco-dynamique de certains produits salicylés. (Sera publié.)

M. Lépine lit un rapport sur les œuvres scientifiques de M. le docteur Dufourt (de Vichy) et conclut à l'inscription de ce dernier sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 23 mai 1900. — Présidence de M. Vallas.

M. le Président fait part à la Société du décès de M. Carrier, l'un des membres les plus distinguées de l'Assemblée. Mort à l'âge de 71 ans, après une maladie rapide, M. le docteur Carrier fut l'un des membres fondateurs de la Société des sciences médicales.

OSTÉOMYÉLITE COSTALE.

M. Kaeppelin, interne des hôpitaux, présente un jeune homme opéré par M. Gangolphe pour une ostéomyélite costale.

L'affection remonte à six mois. Le début en fut brusque et les symptômes observés alors par le médecin présentèrent une allure franchement aiguë : frissons, T. 40°, céphalalgie, état général grave. Tuméfaction douloureuse au niveau du sein gauche. Au bout d'une quinzaine les signes inquiétants avaient progressivement disparu, la tuméfaction persistait. Deux mois plus tard seulement elle devint fluctuante. L'incision de l'abcès collecté a donné issue à un demi-verre de pus environ.

A l'entrée (26 avril) on constatait une fistule dont l'orifice situé sous le sein gauche donnait issue à une petite quantité de liquide séro-purulent et un point douloureux fixe sur la côte sus-jacente.

Le malade n'a pas d'antécédents tuberculeux et ne présente aucune localisation bacillaire.

M. Gangolphe considérant la brusquerie du début, les phénomènes graves qui l'ont marqué chez ce jeune homme habituellement bien portant soupçonna l'existence d'une ostéomyélite costale.

L'intervention est venue justifier cette opinion en donnant accès sur le séquestre que voici, séquestre dur, déchiqueté, gothique, caractéristique.

Cette observation est intéressante en raison de la rareté de l'ostéomyélite costale, dont M. Gangolphe n'avait pas encore vu un seul cas, du tableau clinique bien spécial qui permit ici de porter le diagnostic en tenant compte surtout de l'évolution de la maladie, de la vérification opératoire qui ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion.

M. Vallas. Le séquestre paraît consécutif à une nécrose superficielle L'opérateur a-t-il dû réséquer la côte dans toute son épaisseur, en établissant une solution de continuité de l'os ?

Le malade a-t-il eu de la pleurite de voisinage ?

M. Kaeppelin. Le malade avait une légère inflammation pleurale, mais sans exsudation appréciable. La côte fût réséquée dans toute son épaisseur sur une longueur de 3 à 4 centimètres environ.

STÉNOSE PYLORIQUE DUE A LA CICATRISATION D'UN ANCIEN ULCÈRE ; GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE AVEC LE BOUTON DE VILLARD ; GUÉRISON.

M. PATEL présente un malade opéré il y a douze jours par M. Jaboulay pour des signes de sténose pylorique très accusés.

Il s'agit d'un homme de 36 ans qui depuis plus de dix ans se plaint de douleurs stomacales. Il eut tout d'abord quelques phénomènes d'hyperchlorhydrie (renvois aigres, douleurs après l'ingestion d'aliments et surtout de boissons alcooliques) qui augmentèrent progressivement ; soumis au régime lacté, et il eut une amélioration passagère. Jamais d'hématémèse, jamais de douleurs très vives. Les signes de sténose datent seulement de 18 mois ; les vomissements n'ont pas cessé depuis cette époque, quel qu'ait été le régime suivi par le malade ; ils se produisaient principalement le soir, contenaient les aliments de plusieurs jours, contenant aussi de la bile. Toute thérapeutique médicale a échoué.

C'est dans cet état que le malade arrive à l'hôpital ; il est amaigri, mais ne présente pas de signe de cachexie ; on ne relève chez lui aucune affection antérieure, hépatique ou autre.

Le diagnostic posé fut celui de sténose pylorique due à un ancien ulcère cicatrisé, ulcère presque latent, produisant une sténose complète, ou une sténose incomplète avec spasme surajouté.

L'intervention fut pratiquée le 11 mai. A l'examen du pylore, on constate une striction très serrée ; les tissus sont durs, très résistants ; il existe même un certain degré d'invagination de la paroi stomacale saine dans le canal pylorique. En présence de l'épaississement si marqué du pylore, M. Jaboulay pratiqua la gastro-entérostomie postérieure suivant son procédé habituel avec le bouton de Villard.

Le malade s'alimente depuis quatre jours ; il n'a pas eu de vomissement, il constate seulement que le soir son estomac se ballonne ; il est probable que la fonction du nouveau pylore n'est pas encore parfaitement établie, et que tous ces troubles ne tarderont pas à disparaître.

Le traitement habituel des sténoses pyloriques dues à un

ulcère cicatrisé, consiste ordinairement à rétablir le calibre du pylore au moyen de la pyloroplastie. Les indications de cette opération doivent cependant être limitées à certains cas.

Si au niveau de la cicatrice le tissu n'est pas trop résistant, pas trop épais, on peut faire la pyloroplastie ; c'est ainsi que M. Jaboulay l'a exécutée avec succès dernièrement sur un jeune homme atteint de rétrécissement congénital du pylore dû à une hypertrophie du sphincter pylorique ; à la partie postérieure du pylore, il existait aussi une cicatrice d'une ancienne ulcération. Mais la partie antérieure présentait seulement du tissu musculaire souple que l'on put facilement inciser, puis réunir.

Si, au contraire, on se trouve en face de tissu fibreux très serré, très épais, si, en un mot, au niveau du pylore il existe une masse dure, volumineuse, on doit pratiquer une opération de dérivation, bien que le diagnostic de néoplasme soit écarté. Par la pyloroplastie des éléments peu vascularisés, doués d'une vitalité quelquefois douteuse, sont incisés, puis réunis ; les sutures peuvent amener des mécomptes. Par la gastro-entérostomie, on exclut cette portion suspecte de l'intestin, on draine l'estomac, on opère en tissu sain, et l'on peut compter davantage sur un succès définitif.

M. Soulier. N'y a-t-il pas un inconvénient à abandonner un corps étranger métallique, tel qu'un bouton anastomotique, dans l'estomac? Ce séjour ne détermine-til pas des accidents ?

M. Patel. Ordinairement, dans la gastro-entérostomie, le bouton anastomotique n'est pas évacué. M. Jaboulay n'a jamais constaté d'accident après son emploi.

M. Vallas. Les chirurgiens savent tous que le Murphy n'est pas éliminé après la gastro-entérostomie. Pour éviter les inconvénients qui pourraient résulter de ce séjour anormal, je préfère, dans cette opération, les sutures.

Ordinairement, je pratique le von Hacker (gastro-entérostomie postérieure transmésocolique) qui donne d'excellents résultats. Dans le cas particulier de M. Jaboulay, où il s'agit d'une lésion cicatricielle, la guérison définitive doit être espérée. Aussi, je préfère dans de telles conditions, pratiquer le procédé en Y de Roux, qui rétablit la circulation intestinale, mieux que le procédé de von Hacker, et qui évite certainement les accidents du circulus viciosus, si fréquents après le procédé de Wölfler (gastro-entérostomie antérieure).

Je conserve le von Hacker pour les sténoses cancéreuses. Sans être

aussi parfait que le Roux, il suffit à améliorer l'état des cancéreux dont les jours sont comptés.

Le bouton anastomotique est appliqué plus rapidement que les sutures, c'est son principal avantage.

Dernièrement, j'ai présenté à la Société un cancéreux avec sténose, chez lequel le procédé de von Hacker m'avait donné une guérison au bout de 15 jours.

TUBERCULOSE FIBRO-CASÉEUSE DU MÉSENTÈRE ; TUBERCULOSE INTESTINALE CHRONIQUE ; STÉNOSES MULTIPLES ; ANASTOMOSE LATÉRO-LATÉRALE SUR L'INTESTIN GRÊLE ; GUÉRISON.

M. PATEL présente, au nom de M. Jaboulay, un malade opéré récemment pour tuberculose du mésentère, enserrant tout un segment intestinal et sur lequel fut pratiqué une anastomose latéro-latérale des anses grêles. Voici l'histoire de ce malade, brièvement résumée :

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui fut envoyée à l'hôpital au mois de mars dernier pour des troubles digestifs dont le début remontait à quatre mois. Au mois de novembre 1899, il eut des indigestions fréquentes, de la constipation, des douleurs localisées dans la fosse iliaque droite : il semble que l'on ait porté à cette époque le diagnostic d'appendicite aiguë. Après cette première crise, le malade ne ressentit que des troubles digestifs plus vagues encore (vomissements intermittents, constipation), mais il maigrit très rapidement.

A son entrée à l'hôpital, on notait des vomissements bilieux et alimentaires intermittents survenant surtout la nuit, de la constipation, alternant avec de la diarrhée ; jamais il n'y a eu de mélæna.

Aucun trouble fonctionnel du côté du poumon, du cœur ; on note séulement un peu de pollakiurie sans douleur à la miction.

Les antécédents du malade sont absolument sains ; on ne relève pas trace de tuberculose.

A l'examen du malade, l'abdomen est un peu météorisé. On ne note pas de péristaltisme localisé. A la palpation, on perçoit des masses diffuses, douloureuses surtout à droite, dures, non réductibles. La percussion révèle une sonorité assez grande alternant avec une matité complète.

Le foie est normal, l'estomac est dilaté. Aux poumons

l'auscultation ne révèle rien. Pas de signes de tuberculose viscérale ; les testicules sont sains. Pas de température.

Devant ces symptômes, on porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse à début probablement appendiculaire.

Le malade fut opéré une première fois à la fin de mars. M. Jaboulay pratiqua une laparotomie latérale suivant le bord externe du grand droit ; après incision du péritoine, on tombe sur une masse dure, bourgeonnante en certains points, d'apparence sarcomateuse, qui n'était que le mésentère épaissi ; au milieu on distinguait quelques anses intestinales recouvertes de fausses membranes. Il était absolument impossible de séparer l'intestin grêle du gros intestin ; l'appendice ne fut pas seulement cherché ; les parois furent suturées. M. Jaboulay se proposa d'intervenir une seconde fois, lorsque l'état général du malade serait devenu plus satisfaisant.

Un mois après l'amélioration n'était guère accentuée lorsque des accidents d'occlusion forcèrent un peu la main : le ventre se ballonnait, le malade allait peu à la selle ; il vomissait. Une seconde intervention fut faite. Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on constate un bloc médian formé par l'intestin grêle et une masse de ganglions mésentériques volumineux, s'étendant du cæcum à l'insertion vertébrale supérieure du mésentère. La portion d'intestin ainsi ramassée s'étend du tiers inférieur du jéjunum au voisinage du cæcum ; 50 centimètres d'intestin grêle semblent englobés dans cette masse qui occupe la moitié de l'abdomen.

Au-dessus du point d'entrée de l'intestin grêle les anses sont distendues non hypertrophiées, un peu rouges et couvertes d'exsudats, indiquant ainsi un léger degré de péritonite.

M. Jaboulay pratiqua une anastomose latéro-latérale des anses grêles, à l'entrée et à la sortie du paquet ganglionnaire au moyen du bouton de Villard.

Les suites opératoires furent très simples ; pendant quelques jours un léger écoulement se produisit par la mèche laissée à la partie inférieure de la plaie. La circulation des matières intestinales se rétablit aussitôt.

Actuellement, le malade est totalement guéri ; on sent

encore dans l'abdomen la masse néoplasique qui a cependant diminué un peu de volume ; les selles sont régulières ; pas de coliques ; pas de vomissements. L'état général s'est considérablement amélioré.

Le Secrétaire annuel, Dr Sargnon.

REVUE DES LIVRES

Pratique de la chirurgie courante, par le Dr Marius Cornet.

Indiquer en quelques pages la conduite à tenir dans les cas de chirurgie de pratique courante, et donner ainsi un véritable aide-mémoire au praticien livré à ses propres ressources, et cependant tenu de faire à tout instant œuvre de décision et de science, tel est le but que s'est proposé et qu'a atteint M. le Dr Cornet dans sa *Pratique de la chirurgie courante.*

« C'est un manuel, dit l'auteur, ce n'est pas un traité complet de thérapeutique. » On peut ajouter : Ce n'est pas non plus un traité de médecine opératoire, ni un traité de petite chirurgie ; c'est un manuel contenant un résumé de tout, ou à peu près tout ce qui est utile et nécessaire de connaître en chirurgie ordinaire pratique ; pas d'excursion dans la haute chirurgie, seul est étudié le traitement des cas ordinaires et *courants ;* mais dans ce cadre l'auteur comprend et décrit des interventions qui, grâce à l'antisepsie ou à l'asepsie (peut-être plus facile à obtenir dans la pratique) sont devenues du domaine de tous : *l'établissement d'un anus contre nature, la kélotomie, l'application d'un bouton de Murphy,* etc.

Ce livre a une forme didactique, ce qui en rend la lecture suivie un peu sèche, mais c'est chose secondaire pour un livre de pratique où celui qui cherche veut trouver vite et revoir en quelques lignes le résumé de ce qu'il a un peu oublié. L'auteur n'y a du reste aucune prétention d'érudition, il s'en défend et il a fort bien fait ; sa *Pratique de chirurgie courante* n'en est pas moins très riche en notions précises et utiles.

La lecture des grands traités de thérapeutique chirurgicale nécessite une critique personnelle ; ici le travail est fait. En présence d'un cas donné, la conduite chirurgicale à suivre

est tracée jusque dans les détails. On peut certainement discuter les détails, même certain traitement, indiqué par l'auteur comme traitement de choix, mais en tout cas la conduite à suivre indiquée est toujours rationnelle, simple et conforme aux données scientifiques les plus récentes.

Les indications, les soins pré-opératoires, l'opération, le pansement, les soins consécutifs sont résumés en quelques lignes concises et précises, mais bien suffisantes ; souvent une figure vient fixer un détail, une planche anatomique rappeler des notions peut-être un peu indécises.

Au début de ce manuel, est un chapitre de *chirurgie générale* où l'on trouve l'ordonnance très exacte et très simple d'une opération, puis un paragraphe instructif sur l'*asepsie et l'antisepsie en clientèle, sur l'anesthésie générale et locale*, etc.

La chirurgie des *régions* est très complète ; la chirurgie des *membres* comporte, outre le traitement des *fractures* et des *luxations*, des indications plus spéciales dans quelques cas donnés : *broiement d'un membre, phlegmon de l'avant-bras, plaies articulaires*, etc. Deux longs chapitres sur la *chirurgie de l'abdomen* et sur la *chirurgie génito-urinaire* seront d'un secours très précieux à qui les consultera dans un moment pressant. Enfin un cours résumé de *chirurgie gynécologique* complète l'ouvrage.

Ce dernier chapitre n'est nullement un hors-d'œuvre, car l'auteur n'a pas voulu s'occuper simplement de chirurgie d'urgence, au sens absolu du mot, mais aussi des opérations faciles et simples, faites en tout repos, qui ne nécessitent pas des connaissances chirurgicales trop spéciales.

Du reste, la *Pratique de la chirurgie courante* est précédée d'une préface de M. le professeur Ollier qui apprécie ainsi l'œuvre de son élève :

« C'est une œuvre exclusivement pratique, sans hors-d'œuvre théorique, sans remplissage historique, qui répond exactement à son titre et atteint parfaitement son but qui est de guider le praticien dans l'exercice de la chirurgie telle qu'on doit la comprendre et la pratiquer aujourd'hui. »

L. Martel (de Saint-Étienne).

REVUE DES JOURNAUX

La leucocytose de la variole. — La variole, d'après MM. Courmont et Montagard, s'accompagne toujours de leucocytose, dès la période du rash ou des macules, même dans les formes hémorragiques sans éruption. La leucocytose augmente au moment de la pustulation, et baisse ensuite progressivement. Elle remonte plus tard s'il y a des suppurations secondaires ; elle baisse dans les formes mortelles.

Comme forme de globules blancs, c'est toujours une mononucléose. Au début, les polynucléaires baissent le plus souvent au-dessous de 50 °/₀ ; la leucocytose de la pustulation conserve ce caractère.

Au contraire la leucocytose des complications suppurées (abcès, furoncles) est une polynucléose des plus marquées (80 °/₀ de polynucléaires).

La présence de la mononucléose peut donc servir au diagnostic de la variole ; l'apparition de la polynucléose indique une complication ou une association.

Il résulte de ces recherches que la pustulation n'est pas une infection secondaire des vésicules due aux pyogènes vulgaires ; c'est une suppuration spécifique de la variole ; c'est le virus variolique qui transforme la vésicule en pustule.

Recherches urologiques. — M. S. Cotton expose à la Société de pharmacie de Lyon (5 mai) la méthode qui lui a le mieux réussi pour extraire, à l'état de pureté, le rouge qu'il a retiré de l'urine et qu'il considère comme un dérivé azoïque des phénols.

Le procédé consiste à agiter le chloroforme tenant en dissolution le colorant avec de l'eau légèrement alcalinisée à la potasse caustique ; les traces d'acide benzoïque et d'autres impuretés sont ainsi enlevées.

On rince à plusieurs reprises à l'eau distillée et le chloroforme évaporé abandonne les cristaux colorés. Ce moyen de purification est préférable à celui de l'éther de pétrole

M. Cotton croit que le dosage de l'acide benzoïque dans l'urine serait plus rationnel que celui de l'acide urique et représenterait mieux la transformation des substances azo-

tées. Jusqu'ici il n'est pas arrivé à en retirer à l'état libre de l'urine normale, mais il n'en est plus de même après l'action de l'acide nitrique, il s'y montre alors en abondance et facile à extraire par l'éther.

En résumé, pour M. Cotton, l'*acétone* de l'urine dérive à la fois des hydrocarbures et des albuminoïdes ; l'*acide benzoïque* uniquement des albuminoïdes et se trouve engagé dans des combinaisons glycocolliques d'où le dégagent les acides forts et surtout oxydants. *Les phénols* sont fournis par les substances tannantes, c'est ce qui explique leur plus grande abondance dans l'urine des herbivores. Cette dernière, en effet, a servi de point de départ à Baumann pour ses recherches sur les phénols de l'urine. (*Bull. de pharm. de Lyon*, juin 1900.)

La densité du sang dans la fièvre récurrente. — Le D[r] K.-I. Korovitzki (de Kieff) a examiné le sang de 35 ouvriers âgés de 20 à 30 ans, atteints de fièvre récurrente. La marche de la maladie était typique, sans complications ; dans un cas, il y avait une insuffisance mitrale. Tous les malades ont guéri. En se basant sur ces 35 cas, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Pour la fièvre récurrente, la densité du sang tombe en moyenne de 0,005 à 0,01 au-dessous de la normale et peut descendre à 1040. La diminution de la densité du sang commence dès les premiers jours de la maladie ; avec les progrès de la maladie, cette diminution s'accentue et atteint son maximum après le dernier accès pour augmenter ensuite. Dans les périodes afébriles, la densité a une tendance à revenir à la normale, mais chaque accès suivant la fait tomber au-dessous du chiffre primitif. Les oscillations de la densité de courte durée s'observent dans toutes les phases de la maladie.

L'auteur pense, contrairement à l'opinion ancienne, qu'il n'y a pas d'épaississement du sang dans la fièvre récurrente, surtout si l'on prend en considération la leucocytose prononcée qui fait augmenter la densité. La composition du sang subit des modifications profondes : destruction des hématies et de l'hémoglobine, ce qui explique l'anémie post-récurrente. C'est sans doute l'agent pathogène de la fièvre

qui est la cause de cette destruction globulaire. (Analysé in *Vratch*, n° 21, 1900.)

Sur les altérations du système nerveux produites par la toxine et l'antitoxine diphtéritiques, par B. Mouravieff. — Le sérum antidiphtérique peut provoquer des lésions assez marquées dans les cellules des cornes antérieures de la moelle et une légère dégénérescence dans les nerfs périphériques. Peut-être une partie de ces lésions est-elle due aux principes normaux du sérum de cheval, mais une autre partie en est due aux substances qui caractérisent le sérum antidiphtérique. Mélangé avec les toxines diphtériques en quantité convènable, le sérum antidiphtérique empêche l'action délétère des toxines sur la moelle épinière ; si toutes ces toxines ne sont pas neutralisées par le sérum, les lésions médullaires se produisent au prorata de la quantité des toxines restées libres. Injecté 5 et même 10 jours avant la toxine, le sérum antidiphtérique préserve la cellule nerveuse de l'action néfaste de la toxine. Pendant les sept premiers jours après l'injection de la toxine, ce sérum peut encore diminuer les effets produits par la toxine; mais il reste sans effet, passé ce délai.

Toutes ces conclusions se rapportent surtout aux cobayes. (*Arch. russes de pathol.*, août 1898.) H. Fr.

Sur l'absorption de chaleur dans la période de rigidité cadavérique, par Likhatcheff et Studenski. — En comparant la chaleur en calories rendue au calorimètre par des chiens tués par la piqûre du bulbe avec leur refroidissement calorique, calculé d'après l'abaissement de la température du cadavre, on trouve que pendant la période de rigidité cadavérique l'absorption de chaleur atteint 1, 2 à 4 calories par kilogramme d'animal. Les auteurs supposent que cette absorption de chaleur est due aux synthèses interorganiques. (*Arch. russes de pathol.*, 31 janv. 1898.)
H. Fr.

Érythème induré de Bazin, par Ch. Audry. — L'auteur rapporte le cas d'une fille de 34 ans atteinte d'érythème induré. La maladie aurait débuté il y a cinq ans par de

petites taches rouges sur la partie inférieure des deux jambes. Au bout de deux à trois jours elles devinrent dures et douloureuses et disparurent après quinze jours en laissant des taches brunes. Depuis cette époque, poussées analogues à diverses reprises. L'éruption actuelle présente les mêmes caractères que précédemment; le plus souvent il s'agit de plaques arrondies de 1 à 3 centimètres de diamètre, rouge violet, dures et un peu douloureuses. Au toucher, on a la sensation d'une fluctuation superficielle. Plusieurs de ces plaques sont ulcérées; les ulcères sont arrondis, parfois policycliques, peu profonds. L'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas d'une affection de nature tuberculeuse, sans bacilles tuberculeux. L'érythème induré de Bazin ne rentre donc pas dans les maladies tuberculeuses. Il consiste en une dégénérescence graisseuse et en un œdème indépendant et considérable du tissu conjonctif, sans aucune trace d'inflammation. On ne peut donc plus le désigner comme scrofuleux. Relativement à sa place nosologique, Audry serait d'avis de revenir à l'ancienne opinion de Hardy, que l'érythème induré scrofuleux de Bazin n'est sans doute qu'une variété chronique, récidivante et ulcéreuse de l'érythème noueux. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, p. 481.)

Coït mortel. — Le cas concerne une femme qui, se trouvant au neuvième mois d'une grossesse, pratiqua le coït dans la position debout et cela deux fois de suite. Après le second rapprochement elle se mit à crier au secours; elle perdait une grande quantité de sang par le vagin. Vingt minutes plus tard elle rendit le dernier soupir.

A son autopsie on trouva une déchirure au-dessous et un peu à droite du clitoris; elle mesurait 2 centimètres en longueur et 1/2 centimètre en profondeur. Elle avait entamé la paroi de l'urètre et le corps caverneux droit du clitoris. Le fond de la déchirure était occupé par des caillots de sang et des petits vaisseaux béants. (*Aerztliche Sachwerstændigen Zeitung*, 1900, n° 4.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE.

— CAISSE INDEMNITÉ-MALADIE —

Allocution de M. Marduel, président.

Mes chers confrères,

Pour la deuxième fois, à un an de distance, votre président manque au premier et au plus agréable de ses devoirs, à celui qui consiste à présider notre Assemblée générale annuelle. Pour la seconde fois, je donne le mauvais exemple de la maladie ; ou plutôt je donne, cette année comme l'année dernière, une leçon de choses, et je fournis à notre Caisse Indemnité-Maladie une nouvelle occasion de démontrer son bon et régulier fonctionnement. Je souhaite pourtant, et vous souhaiterez avec moi, j'en suis persuadé, que l'exemple donné par votre président ne soit pas trop contagieux.

Ceci dit, et mes excuses présentées pour mon absence réitérée, permettez-moi de me féliciter avec vous de la bonne santé, de la vitalité, de la prospérité de notre Société. Sans avoir accompli tout à fait sa troisième année d'existence, elle a démontré qu'elle pouvait vivre, qu'elle vivait d'une vie large, et que son développement s'accomplit dans les meilleures conditions pour promettre un avenir solide et brillant.

Le compte-rendu de notre secrétaire, celui de notre trésorier, vont vous faire connaître ce que nous avons fait pendant l'exercice écoulé, les sommes relativement importantes versées à nos malades, et l'accroissement continu de nos ressources. Vous verrez que nous sommes dès à présent en mesure d'envisager sans crainte notre fonctionnement présent et futur, de faire face aux éventualités possibles, et qu'il ne nous reste enfin qu'à augmenter par la propagande le nombre de nos adhérents pour nous déclarer satisfaits.

Compte-rendu administratif de M. Leclerc, secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

La troisième année de notre Caisse Indemnité-Maladie n'a été marquée par aucun incident important. Le nécrologe était et demeure jusqu'à présent vierge. Par contre, nous devons vous signaler une démission, celle de M. le docteur Mayet (de Lyon). Notre honorable confrère estime que sa cotisation est trop lourde en raison de son âge et que d'ailleurs son état de santé ne peut pas s'accommoder aisément des conditions visées par l'article 26 de nos statuts, d'après lequel le droit à l'indemnité pour le médecin, qui n'exerce pas, exige l'obligation de garder la chambre ou le lit. Il se félite toutefois d'avoir participé à la fondation de cette œuvre utile que représente notre Association mutuelle. Nous regrettons que notre règlement n'ait pas pu lui agréer complètement et nous le remercions de ses bons sentiments à notre égard.

Nous comptons deux nouvelles adhésions, celles de MM. Lestra (de Lyon), et Chaix (de Bourgoin) (Isère). Cette dernière vient grossir le nombre de nos membres exerçant dans les départements limitrophes et porte à 67 le chiffre total de nos socitaires.

Pourquoi ce chiffre est-il demeuré à peu près stationnaire depuis un an ? Pourquoi les membres de l'Association des médecins du Rhône ne sont-ils pas venus à nous jusqu'à présent en plus grand nombre ? Ceux-ci en effet, en 1899, atteignaient le chiffre de 269. Or, si l'on excepte ceux qui ont atteint ou dépassé la limite d'âge (64 ans), au delà de laquelle on ne peut plus entrer dans notre Association mutuelle, soit approximativement une trentaine. Si l'on y joint ceux qui frisent cette limite d'âge et sont retenus par l'importance relative de la cotisation, on constate que la Caisse-Indemnité a conquis un tiers à peine des sociétaires de l'Association des médecins du Rhône. Pourquoi ce petit nombre ? pourquoi cette lenteur à venir à nous ?

Plusieurs motifs doivent être invoqués : un d'entre eux, mais ce n'est pas le principal à notre avis, a été le manque de confiance dans la prospérité de nos finances. Nous sommes heureux de pouvoir répondre à ceux que la peur a jus-

qu'à présent tenus éloignés de nous par un argument aussi simple que persuasif. Dans l'espèce il n'y a pas de meilleure éloquence que celle des chiffres. Notre ami, M. le docteur Odin, votre vigilant trésorier, nous permettra bien, pour les besoins de notre cause, d'empiéter quelque peu sur son domaine. Or, dans le courant de l'année 1899, notre fonds de réserve a plus que triplé. Il dépasse actuellement *vingt-cinq mille francs*. Retenez bien ce chiffre !...

Voilà donc à quel résultat nous sommes arrivés en moins de trois ans (la Caisse Indemnité-Maladie a été fondée le 1er août 1897). Je vous défie de nous citer une association mutuelle médicale qui, toute proportion gardée, c'est-à-dire en tenant compte à la fois du nombre des adhérents et du chiffre des cotisations annuelles, ait obtenu dans les trois premières années de son existence un pareil succès financier.

Examinons, en effet, la situation des associations similaires nos aînées.

L'*Association médicale mutuelle du département de la Seine*, connue encore sous la dénomination d'Association Lagoguey, du nom du médecin qui la fonda, possède actuellement un fonds de réserve de 318.000 fr. Mais cette association ne s'est pas faite en un jour. Elle est vieille de 16 ans, et elle compte actuellement 450 membres. Tous, invariablement, quel que soit leur âge, paient une cotisation de 10 francs par mois, soit 120 fr. par an, chiffre de beaucoup supérieur à la moyenne de nos cotisations annuelles.

L'*Association amicale des médecins français*, fondée par M. Cézilly, a une réserve de 110.000 fr., mais elle compte 600 membres et a six ans d'existence.

L'*Assurance mutuelle en cas de maladie temporaire du Syndicat de l'Aisne et Vesle*, bien que possédant des réserves beaucoup plus modestes, n'a pas que nous sachions, cessé de fonctionner. Fondée en 1887 avec 14 membres, elle avait en 1892, c'est-à-dire cinq ans après, un avoir de 2.623 fr.

Le *Fonds Indemnité-Maladie des médecins de la Seine-Inférieure*, créé en 1894, comptait en 1897, 180 membres, mais restait avec une simple réserve de 4.441 fr.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour prouver que notre mutuelle médicale lyonnaise a mieux prospéré que ces deux dernières associations, ses sœurs aînées. Fille de notre As-

sociation des médecins du Rhône, qui paie de sa Caisse le cinquième des indemnités, et dont l'avoir n'est pas loin d'atteindre 200.000 fr., elle possède d'ores et déjà avec sa réserve de25.000 fr., de quoi rassurer les esprits les plus pusillanimes.

Nous nous sommes efforcé de convaincre en les rassurant les confrères timides et méfiants. Que dirons-nous aux négligents et aux indifférents ? La négligence et l'indifférence, voilà, selon nous, nos pires ennemis. Et pourtant, chers confrères, en face de la concurrence toujours croissante, au moins dans les villes, en face de l'accroissement parallèle des charges et des difficultés matérielles de toutes sortes inhérentes à la profession médicale, qui donc a le pouvoir d'être indifférent ? En présence d'un ennemi qui s'appelle maladie, qui nous talonne constamment, nous les surmenés, nous les exposés aux mille dangers professionnels, quel est donc celui d'entre nous qui a le droit d'être négligent et de n'avoir aucun souci du lendemain ? Celui-là, je le sais, aux heures où l'hémiplégie ou tout autre maladie chronique, lui aura enlevé l'exercice de sa profession et par conséquent tout ou partie de son gagne-pain, trouvera toujours la main généreuse et discrète de l'Association prête à le secourir et à l'aider dans la lutte pour l'existence. Mais qu'il doit être dur de tendre la main pour recevoir l'aumône et combien n'est-il pas meilleur d'user d'un droit pur et simple ?

Ce droit, chers confrères, votre Caisse mutuelle vous le confère moyennant une cotisation qui, grâce à l'appoint fourni par la caisse de l'Association, n'est nulle part aussi peu onéreuse. Permettez-moi de vous rappeler quelques chiffres.

L'*Amicale de Cézilly*, la seule mutuelle qui vous ouvre ses portes, vous demandera pour l'âge de 30 ans, une cotisation annuelle de 72 fr., pour l'âge de 40 ans 90 fr., pour l'âge de 50 ans, 114 fr. Notre mutuelle lyonnaise vous recevra si vous faites partie de l'Association des médecins du Rhône, aux mêmes âges, moyennant les cotisations de 57 fr. 60, 72 fr. et 91 fr. 20. Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires.

On nous objecte parfois qu'une indemnité de 10 fr. par jour pendant deux mois, et ensuite de 100 fr. par mois si la

maladie se prolonge, est une faible compensation et un bien petit appoint au budget du médecin.

Je suis absolument de votre avis si vous supposez que notre confrère infirme et incapable d'exercer conservera pignon sur rue et continuera à rouler carosse. Mais si nécessairement, ainsi que cela se produira dans les trois quarts des cas au moins, le malheureux confrère impotent et privé de la principale source de ses recettes, réduit au minimum la somme de ses frais généraux, l'indemnité annuelle de 1.200 fr., touchée régulièrement jusqu'à sa mort, constituera, croyez-le bien, une partie importante de son revenu.

Nous ne fonctionnons que depuis trois ans à peine, et pourtant j'ai déjà reçu les confidences d'un confrère, d'un ami père d'une nombreuse famille qui, en proie aux souffrances physiques d'un mal chronique qui finit par le conduire à la tombe et torturé moralement par les soucis rongeurs d'une situation plus que modeste, a emporté avec lui les regrets de n'avoir pas fait partie de notre association mutuelle. Que cet exemple, qui certainement n'est pas unique, inspire de salutaires réflexions à ceux qui ne se sont pas encore préoccupés de l'avenir !

Les négligents, chers confrères, ne sont pas tous à côté de notre Société, il y en a certainement dans le sein même de celle-ci. Si nous voulons prospérer, il faut de la propagande, il faut du prosélytisme. Avons-nous fait tout le possible dans cette voie ? Tous, tant que nous sommes, votre secrétaire général le premier, faisons notre examen de conscience et demandons-nous si nous avons fait tout notre devoir ? Avons-nous sollicité le concours du voisin, de l'ami chaque fois que l'occasion s'est présentée ? Si nous n'avons pas exercé un apostolat suffisant, ne nous séparons pas aujourd'hui sans avoir pris une résolution ferme, celle de faire l'impossible pour amener à nous dans le courant de l'année 1900 chacun une recrue, une seule recrue. Nous aurons de cette façon rendu un grand service non seulement à notre Caisse Indemnité, mais encore à des confrères qui plus tard nous en seront reconnaissants.

Le moment semble venu où les médecins, après beaucoup d'autres corporations, cessant d'être individualistes, se groupent en associations mutuelles pour être plus forts et plus

armés contre les maladies et les infimités qui les attendent.

Voici un nouvel effort dans ce sens : l'Association des médecins d'Indre-et-Loire projette de secouer le joug qui la lie platoniquement à l'Association générale des médecins de France et de fonder dans son propre sein à l'instar des médecins du Rhône une Caisse Maladie.

Si j'ai réussi à rassurer quelques timides, si j'ai pu arracher à leur sommeil quelques indifférents et quelques négligents, j'en serai très heureux, mais je n'estimerai pas avoir fait tout mon devoir. Il y a encore une troisième catégorie de confrères à laquelle je crois devoir adresser une requête, c'est celle des heureux de ce monde, pécuniairement parlant j'entends, des favorisés de la fortune qui peuvent ne pas s'inquiéter du lendemain. Ceux-là n'en sont-ils pas moins des confrères, des membres de la grande famille médicale? Au lieu de se désintéresser de notre association mutuelle, que n'y apportent-ils leur concours comme d'aucuns l'ont déjà fait en achetant le titre de membre honoraire ? Quand il s'agit de se grouper entre frères d'une même famille pour lutter contre la maladie et les infirmités qui menacent et atteindront plus ou moins chaque membre, l'individualisme est-il permis? Le fort peut-il refuser son concours au faible? N'est-ce pas l'occasion pour une âme bien née de se montrer grande et généreuse?

VARIÉTÉS

Instruction publique. — Par décret en date du 8 juin 1900, M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé, pour quatre ans, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Hibernation des paysans en russie. — Sous ce titre nous avons publié dans le numéro du 27 mai du *Lyon Médical* un entrefilet que le journal russe *Vratch* reproduit à l'accompagnant de la phrase suivante : « Quels récits incroyables sur la Russie se rencontrent dans la presse française, même de nos jours, le prouve la traduction littérale d'une note que nous empruntons à l'une des meilleures publications médicales françaises, au *Lyon Médical* (27 mai. »

Nous n'éprouvons aucune difficulté à reconnaître que nous avons omis de soumettre la note en question à notre collaborateur russe, ce qui nous eût évité de publier des renseignements que les personnes compétentes

considéreront comme fantaisistes. Et nous remercions notre confrère le *Vratch* d'avoir bien voulu attirer notre attention sur cette petite erreur qui s'est glissée à notre insu dans une chronique.

Les sociétés médicales en Amérique — Le *Medical Record* vient de publier la liste des sociétés médicales des États-Unis de l'Amérique. Cette liste n'est d'ailleurs pas complète, certaines sociétés n'ayant pas envoyé de réponse au questionnaire de la rédaction. Il résulte de cette enquête qu'il y a 28 sociétés dont l'action s'étend sur tous les États de la République; les plus importantes sont l'Union médicale de l'Amérique et l'Académie de médecine américaine (à Philadelphie). Les autres sont presque toutes spécialisées; en outre des sociétés spéciales plus communes, il y a des sociétés climatalogiques, des sociétés des médecins de chemins de fer, des chirurgiens militaires, des médecins de marine, etc. Dans les divers États ou dans les grandes villes il y a 50 sociétés.

Nouvelles d'orient. — On lit dans le *Hadikat-el-Akhbar*, journal de Beyrouth, publié en arabe et en français, nunéro du 14 juin :

S. A. Djevad pacha, muchir du 5e corps d'armée, a été il y a quelques jours affecté d'une indisposition, pendant laquelle il a été l'objet de la haute bienveillance de S. M. I. le Sultan. En vertu de l'Iradé de notre Auguste Souverain, MM. les docteurs de Brun et Labonnardière, — qui appartiennent à la Faculté française de médecine de Beyrouth, — sont partis pour Damas afin de prodiguer leurs soins à Son Altesse. Accompagné de sa suite et des docteurs, S. A. Djevad pacha a quitté Damas vendredi dernier, se rendant en train spécial à Aïn Sofar dans le Liban pour changer d'air. Nous apprenons avec satisfaction que la santé de S. Altesse s'améliore de jour en jour. Nous lui souhaitons un entier et prompt rétablissement.

Aïn Sofar est une station libanaise, à 1200 mètres d'altitude, pourvue d'un très bel hôtel, sur le chemin de fer de Beyrouth-Damas.

La presse médicale en Amérique. — A en juger d'après une étude sur ce sujet de *Cleveland Journal of medecine*, les idées que nous nous faisons de la presse médicale en Amérique ne sont pas exagérées. Sur 250 gazettes de médecine qui s'éditent en Amérique, on en trouvera à peine 12 dont les articles scientsfiques n'ont aucun rapport avec leurs annonces et qui poursuivent un autre but que la réclame. Pour s'attirer le plus d'annonces possibles, les éditeurs envoient à tous les médecins des numéros-échantillons pendant toute l'année pour faire croire aux annonciers que leur journal est très répandu. (*Vratch*, n° 20, 1900).

Il n'est pas nécessaire d'aller en Amérique pour étudier l'influence de la réclame sur la presse médicale, notre civilisation est déjà à la hauteur de celle de l'Amérique.

Le club médical de Paris. — Nombre de nos confrères comptent passer quelques mois à Paris, soit à l'occasion d'un des nombreux Congrès médicaux, soit surtout à l'occasion d'une visite à l'Exposition si brillante qui attire le monde entier dans la capitale des arts.

Il est utile de leur rappeler les agréables avantages que peuvent leur offrir le magnifique Club médical, récemment fondé à Paris. Moyennant une cotisation de 10 francs, chaque médecin peut être inscrit comme membre temporaire de ce club aristocratique situé au 5 de l'avenue de l'Opéra, dans des locaux somptueux.

Le club possède de vastes salles à manger où l'on peut dîner avec les nombreux confrères qui s'y rendent. (Le dîner est à 7 heures, il faut avertir pour retenir sa place).

Des concerts, des soirées artistiques, une compagnie sélecte, des confrères empressés, voilà de quoi attirer et retenir les médecins désireux de s'initier, au moins en passant, à la vie des grands clubs parisiens.

Un globe-trotter. — L'étudiant lyonnais Paul Brun, qui entreprit, le 4 septembre 1897, un voyage autour du monde, va revenir. Son voyage fut naturellement fertile en incidents de toutes sortes. Au Natal, entre autre, il fut arrêté par les Anglais qui le prenaient pour un espion. Il fut relâché au bout de 48 heures, pendant lesquelles il était resté sans nourriture. Les études médicales auxquelles il s'était livré à Lyon pendant plusieurs années lui furent d'un grand secours et il donna notamment des soins aux Boërs.

Bibliographie de l'appendicite. — D'après le *Clinical Review*, de Chicago, on a publié jusqu'en 1898 environ 2500 monographies et articles sur l'appendicite, dont la moitié dans les dernières cinq années.

Nouveaux caractères typographiques. — Le technicien Strecker (de Cologne) aurait inventé une nouvelle matière pour caractères typographiques à base d'aluminium. Les avantages de la nouvelle composition de la matière résident non seulement dans sa légèreté, mais encore dans ce fait qu'elle ne contient pas de plomb, ce qui supprimera les accidents de saturnisme si fréquents parmi les compositeurs. (*Vratch*, n° 22, 1900.)

Le conseil de révision matrimonial. — L'Académie de médecine a été saisie par M. Pinard d'une proposition qui mérite de ne pas passer inaperçue. Il s'agit d'instituer une sorte de certificat d'aptitude au mariage. Seraient seuls autorisés à prendre mari ou femme les candidats qui présenteraient toutes les garanties possibles au point de vue de la santé des enfants à naître. La société se tiendrait en garde contre l'invasion des chétifs, des malingres, des êtres qui ne sont pas destinés à durer et qui perpétuent les infirmités, les tares, les dégénérescences.

Il serait facile de tourner en moquerie ce projet. Mais les effets de sourire qu'on en tirerait à peu de frais ne valent pas d'être recherchés. Laissons aux faiseurs de revues la scène où la timide fiancée viendrait solliciter d'un jury d'État le diplôme qui lui ouvrirait l'accès des félicités conjugales. Laissons aux mêmes amusieurs publics toutes les gaulaiseries noâensives que comporte la question. Et tâchons de la prendre de plus haut.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juin	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent^e		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
24	751	0	746	24	+25.2	13	+10.0	4	69	48	0.0	1.9	23
25	747	2	745	18	+26.5	15	+11.8	3	87	46	0.0	3.0	31
26	749	24	746	0	+21.6	13	+10.3	4	62	56	0.0	4.0	19
27	750	7	745	24	+24.5	14	+ 8.0	4	73	45	0.2	2.7	20
28	746	9	744	19	+26.3	14	+12.3	3	75	40	0.0	5.0	20
29	746	24	745	0	+27.8	16	+10.5	4	69	41	0.0	3.6	30
30	747	4	746	17	+30.1	12	+11.7	4	69	37	0.0	5.6	23

MALADIES RÉGNANTES. — L'épidémie de petite vérole semble entrer décidément en voie de décroissance.

On en a signalé 11 cas cette semaine : 2 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIe, 3 dans le IIIe, 1 dans le IVe, 1 dans le Ve, 2 dans le VIe. La maladie est encore répandue presque uniformément dans tous les quartiers, mais en proportion bien moins forte qu'il y a quelque temps. Nous avons à peu près moitié moins de varioles dans cette dernière période hebdomadaire que dans la semaine précédente.

Le dernier bulletin d'hygiène annonce 10 scarlatines : 1 dans le Ier arrondissement, 3 dans le IIIe, 1 dans le IVe, 3 dans le Ve et 2 dans le VIe. Cette épidémie de scarlatine est, comme on le voit, stationnaire; elle n'augmente pas, mais elle ne diminue pas non plus.

Notons encore quelques diphtéries . 1 dans le Ier arrondissement, 1 dans le IIe, 1 dans le IIIe.

Des rougeoles toujours en grand nombre, et des coqueluches, dont quelques unes compliquées de bronchite capillaire.

Pas de nouvelles fièvres typhoïdes, mais quelques cas d'influenza : les uns ayant pour élément principal un embarras gastrique très prononcé et des mouvements fébriles périodiques, les autres entraînant rapidement des accidents graves du côté des organes respiratoires, des angines et des pneumonies infectieuses.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 30 juin 1900 on a constaté 166 décès :

Fièvre typhoïde...	0	Catarrhe pulmonaire	6	Affections du cœur.	10
Variole..........	1	Broncho-pneumonie	6	— des reins....	8
Rougeole.........	2	Pneumonie........	10	— cancéreuses..	15
Scarlatine........	1	Pleurésie.........	1	— chirurgicales.	7
Erysipèle..........	0	Phtisie pulmonaire.	28	Débilité congénitale	8
Diphtérie-croup ...	2	Autres tuberculoses	8	Causes accidentelles	8
Coqueluche........	1	Méningite aiguë...	4	Aut. causes de décès	13
Affect. puerpérales.	1	Mal. cérébro-spinale^s	13		
Dysenterie........	1	Diarrhée infantile..	5	Naissances......	164
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	1	Mort-nés........	10
Bronchite aiguë....	1	Maladies du foie...	5	Décès...........	166

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. PLAN, rue de la Barre, 12.

N° 28. — DIMANCHE 15 JUILLET 1900.

ABLATION DE LA PROSTATE HYPERTROPHIÉE PAR LA VOIE TRANS-ANO-RECTALE MÉDIANE.

Par M. JABOULAY.

Pour enlever la prostate hypertrophiée en totalité, je veux dire la prostate qui englobe la partie inférieure de l'urètre prostatique et cette paroi en même temps, le meilleur procédé, le plus simple, le plus sûr, est celui que nous conseillons, après l'avoir employé, et qui consiste à passer au travers de l'anus et du rectum en les incisant en avant sur la ligne médiane. La prostate hypertrophiée ou cancéreuse fait d'ailleurs saillie par là, c'est à ce niveau qu'elle est sans conteste le plus rapprochée de l'extérieur. Voici comment nous avons procédé dans un cas de ce genre, le 8 mars de cette année.

Une fente médiane sur le raphé périnéal va de la région voisine du bulbe urétral en haut, jusque dans l'anus ; elle divise toutes les parties molles jusqu'à la prostate, en respectant le bulbe de l'urètre qui est récliné et soulevé en avant; l'anus et la paroi antérieure du rectum s'étalent ainsi en deux volets, qui découvrent en s'écartant la saillie prostatique : elle est sous les doigts et sous les yeux, rien n'est facile comme de l'extirper. Il m'a suffi de passer l'index à sa surface en la débarrassant de ses adhérences pour la cueillir en deux morceaux ou mieux deux portions représentant la moitié droite et la moitié gauche de l'organe, chacune d'elle avait un pédicule en haut qu'une pince à forcipressure saisit avant la section aux ciseaux. Ces deux moitiés réunies représentaient la prostate et l'urètre prostatique dans leur portion inférieure; elles déplaçaient plus de 100 centimètres cubes d'eau. Après l'hémostase, j'ai suturé la paroi vésicale inférieure à la paroi inférieure de l'urètre membraneux. Puis la reconstitution de la paroi antérieure du rectum et celle de l'anus fut faite chacune isolément à la suture.

Il s'établit, à la suite d'une infection de la plaie, une fistule vésico-rectale par où l'urine s'écoulait dans le rectum

et qui persiste encore, mais qui va se rétrécissant peu à peu.

C'était un vieux prostatique dont l'histoire a été maintes fois rapportée (Delore et Mollin. *Archives provinciales de chirurgie*, nov. 1898, et Fléchet, thèse de Lyon, 1899 : Fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque ; Poncet et Delore : Traité de la cystostomie sus-pubienne, p. 246). Il présenta une réouverture de l'ouraque à l'ombilic à l'occasion du début de l'hypertrophie prostatique, puis il fut opéré de la cystotomie sus-pubienne cinq fois, pour des infections vésicales secondaires, amenant la formation de nombreux calculs, c'est parce qu'il souffrait et déclinait de plus en plus que je me suis décidé à lui enlever la prostate. Cette dernière opération a eu le résultat le plus heureux et le malade a cessé de souffrir immédiatement après elle. Ce n'est sans doute pas seulement parce que la prostate était un centre d'irradiations douloureuses, elle était à la vérité malade, hypertrophiée par de nombreux noyaux interstitiels, non néoplasiques, c'est aussi parce que le drainage vésical a été fait au point déclive, grâce à la fistule vésico-rectale consécutive à l'opération. En tout cas la facilité et la bénignité de cette intervention doit engager à la pratiquer plus souvent et peut-être même systématiquement dans les hypertrophies prostatiques, même en mettant les choses au pire, et en supposant que la fonction urinaire par l'urètre ne doive pas se rétablir, en admettant que la prostatectomie doive se terminer par l'écoulement de l'urine par le rectum.

De nombreux procédés ont été proposés jusqu'ici pour *extirper* la prostate hypertrophiée, ou pour *énucléer* d'elle des noyaux qui sont logés dans son épaisseur ou appendus à sa surface. On confond trop sous la même dénomination d'ablation de la prostate ces deux ordres d'intervention ; elles sont aussi dissemblables que l'hystérectomie totale et l'énucléation intra-utérine de fibromes interstitiels ou l'ablation de fibromes sous-péritonéaux.

Quoi qu'il en soit, deux ordres de procédés différenciés par leur voie d'accès sont en présence jusqu'ici. Les uns sont périnéaux, les autres sus-pubiens. La prostatectomie *périnéale* est considérée comme rationnelle et sûre par Guthrie et Socin. Mais elle est aussi réputée difficile et donne peu de

succès. Plusieurs chirurgiens ayant eu à extirper des calculs vésicaux par la taille périnale, ont en même temps enlevé le lobe moyen hypertrophié de la prostate (Cadge, Paget, Fergusson, Thompson, Langenbeck); d'autres comme Gouley et Landerer ont suivi la même voie. D'autres encore : Harrisson, Watson, Schmidt, Cabot, etc., ont fait à travers la prostate un chemin au bistouri ou au thermo-cautère, et se sont efforcés de le maintenir dilaté. Par le périnée ont encore passé Delagénière (du Mans) (*Arch. prov. de chirurgie*, 1899) qui décolle l'anus et le rectum à gauche en évitant de les intéresser, et puis Gosset et Proust (sur le cadavre) (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1900) qui font une incision courbe périnéale à concavité postérieure et latéro-anale gauche.

En 1893, j'ai enlevé une prostate par l'incision de la taille prérectale de Nélaton. Mais cette voie n'est pas commode.

Plus nombreux sont les chirurgiens qui ont utilisé la voie *sus-pubienne*. Le plus souvent, en opérant pour des calculs, les opérateurs ont enlevé en même temps le lobe moyen en le coupant au couteau, au thermo-cautère, à l'anse galvanique. D'autres ont fait la prostatectomie latérale (Dittel, Küster, Schede, Socin, etc.). Enfin Schuch a proposé d'arriver sur la prostate par le rectum, et Robertson de sectionner la muqueuse rectale et la capsule de la prostate. Demarquay a fendu la paroi antérieure du rectum pour enlever un cancer de celui-ci propagé à la prostate qui fut presque toute enlevée avec une partie de la vessie (*Gazette médicale de Paris*, 1873), et Doyen : La pelvi-péritonite chez l'homme, Congrès de chirurgie, 1899, a fait de même pour oblitérer une fistule prostato-rectale et extirper en même temps la prostate tuberculeuse et les vésicules séminales sans parvenir toutefois à guérir la fistule.

La crainte du sphincter anal, que d'ailleurs l'on reconstitue après sa section, et celle du rectum dont on peut éviter les souillures, conduit à des incisions complexes, éloignées de l'organe à atteindre ; elles font une opération compliquée d'une opération qui est facile par la voie trans-ano-rectale médiane.

DEUX CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE,

Par M. Tolot, interne des hôpitaux.

Les cas d'anémie pernicieuse, sans être absolument rares, ne sont pas cependant très fréquents dans les services des hôpitaux. C'est cette rareté relative, et d'autre part quelques particularités symptomatiques, qui nous ont engagé, sur le conseil de notre maître, M. le docteur Leclerc, à publier ces deux cas d'anémie pernicieuse.

Voici d'abord nos observations.

Observation I.

B... (Antelmette), 69 ans, dévideuse, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 24 octobre 1899. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. La malade a eu deux enfants, l'un mort-né, le second n'ayant vécu que quelques minutes. Elle nie tout alcoolisme.

A 52 ans, la ménopause est survenue brusquement, en même temps que s'établissait une diarrhée qui a persisté jusqu'à l'époque actuelle, c'est-à-dire pendant 17 ans. Les selles sont au nombre de 5 à 6 par jour, mais elles ne sont jamais ni dysentériques ni sanglantes.

L'état général s'est maintenu assez bon jusqu'à ces deux derniers mois. A ce moment la malade a perdu l'appétit, s'est mise à maigrir; des vomissements, bilieux le plus souvent, ont apparu, survenant ordinairement avant les repas. Céphalée vive, mais intermittente, occupant surtout la partie antérieure et le sommet de la tête.

A son entrée à l'hôpital, la malade a le teint mat, jaune verdâtre, plutôt que jaune paille. Les conjonctives ne sont pas subictériques.

Il n'existe que peu d'amaigrissement; la malade conserve en effet un certain embonpoint et présente même une légère bouffissure de la face. L'affaiblissement est considérable.

Au cœur, on ne constate qu'un peu de prolongement du premier bruit.

Aux poumons, congestion des bases.

Les organes génitaux ne présentent rien à signaler.

Pas de signes nets de brightisme; on relève seulement

un degré assez marqué de myosis et un très léger œdème prétibial. L'albuminurie, qui existait à l'entrée, a bientôt disparu.

En somme, anémie grave et cachexie avec vomissements.

La malade fut mise au régime lacté (2 litres de lait par jour et potages). Sous l'influence de ce régime, les vomissements cessèrent complètement, mais l'état général ne s'améliora pas. Un essai d'alimentation par les solides, fait sur la demande de la malade, provoqua aussitôt la réapparition des vomissements.

Aussi, bien qu'on ne constatât aucun signe objectif local de lésion organique, le diagnostic qui paraissait le plus probable était celui de néoplasme, vraisemblablement stomacal.

Cependant, voulant confirmer ce diagnostic par un nouveau signe, et pensant néamoins à la possibilité d'une anémie pernicieuse, on pratiqua un examen du sang. Le nombre des globules rouges s'élevait à 930.000, sans augmentation appréciable du nombre des globules blancs. La valeur globulaire recherchée avec l'hémochromomètre de Malassez, était de 1, 2, la valeur globulaire normale étant amenée à l'unité. Elle était donc augmentée au lieu d'être diminuée, comme elle l'est dans le cancer.

Devant ce résultat, et en raison de l'absence d'hématémèses et de mélæna, le diagnostic d'anémie pernicieuse fut pris en considération et déclaré probable; c'est celui qu'a vérifié l'autopsie.

La malade succomba le 2 février 1900 à une bronchopneumonie grippale; l'autopsie fut faite 36 heures après la mort.

Le tube intestinal ne présentait pas trace de cancer sur tout son trajet. La muqueuse gastrique en particulier était saine. Mais en revanche on constatait une polytéatose marquée : surcharge graisseuse du cœur, foie gras, présentant au microscope une surcharge graisseuse étendue à la totalité des lobules, adipose sous-cutanée, graisse épiploïque; les reins étaient pâles, mais ne présentaient pas de graisse à l'examen microscopique.

Le poids des organes était normal, excepté pour le poumon gauche, siège de la bronchopneumonie.

La moelle osseuse n'a pu être examinée, le sujet étant réclamé.

Observation II.

N... (J.-B.), âgé de 62 ans, tisseur. On ne relève dans ses antécédents qu'une blennorragie. Il n'aurait pas eu la syphilis et nie tout alcoolisme. On ne trouve également chez lui aucun stigmate d'intoxication professionnelle; son métier de tisseur l'exposerait peut-être au saturnisme; mais on ne constate aucun signe de cette intoxication. Il travaille de 12 à 14 heures par jour, mais son travail n'est pas très pénible.

Mariée, sa femme n'a eu ni enfants ni fausses couches.

N... entre une première fois à l'hôpital de la Croix-Rousse le 17 août 1899 pour de l'hydarthrose du genou droit avec douleur dans le membre correspondant. On constate de plus à ce moment un léger œdème des pieds. Interrogé sur ces douleurs, le malade raconte qu'il y a deux ans, époque de l'apparition de ses douleurs, celles-ci siégeaient sous forme de lancées douloureuses dans les quatre membres, sans gonflement articulaire; puis peu à peu ces douleurs se sont localisées aux membres inférieurs, en particulier au niveau du membre inférieur droit. Depuis la même époque, il existait un peu de dysurie (diminution de la force du jet) qui doit vraisemblablement être mise sur le compte de l'hypertrophie de la prostate constatée au toucher rectal.

L'exploration du système nerveux montre de l'exagération des réflexes tendineux aux quatre membres et un léger tremblement de la langue avec par moment hésitation dans la parole. Rien à signaler du côté de la colonne vertébrale. Aucun trouble dans la motricité ou la sensibilité. Aucun trouble psychique.

Mais déjà à ce moment on est frappé de l'aspect général du malade qui présente une pâleur terreuse avec décoloration des muqueuses.

Après un séjour de deux mois, l'hydarthrose ayant à peu près rétrocédé, le malade part pour Longchène.

Il revient à l'hôpital de la Croix-Rousse au commencement de décembre 1899; c'est à ce moment que nous avons l'occasion de l'observer.

La pâleur est toujours très accentuée; le teint est jaunâtre, mais n'a pas la coloration jaune-paille; les conjonctives ne

sont pas subictériques. Une goutte de sang déposée sur une serviette se montre très décolorée. L'amaigrissement n'est pas excessif. L'appétit est relativement assez bien conservé ; le malade mange et digère bien ; mais il éprouve une grande faiblesse.

Les douleurs spontanées qui avaient cessé ont réapparu dans les quatre membres. Douleur à la pression des masses musculaires des cuisses et des mollets et aussi des tibias, surtout du tibia droit. Les signes constatés au point de vue nerveux lors du précédent séjour sont les mêmes actuellement.

Il existe toujours un léger degré d'hydarthrose dans le genou droit.

Signes de prostatisme. Aux poumons, bronchite et emphysème. La température est normale.

La numération globulaire faite avec l'hématimètre de Hayem donne 2.700 globules rouges. Il n'y a pas d'augmentation appréciable des globules blancs.

La valeur globulaire, mesurée à l'hémochronomètre de Malassez, est de 0,88.

L'examen du fond de l'œil, pratiqué par M. le professeur agrégé Rollet, a montré à gauche la présence de deux hémorragies rétiniennes, situées dans les couches superficielles des fibres nerveuses de la rétine et d'origine artérielle.

Ce signe, constaté durant plusieurs examens, joint à l'anémie considérable et à la conservation relative de l'embonpoint, fit porter le diagnostic d'anémie pernicieuse.

Le malade est resté dans le même état jusqu'au début de février 1900. Sous l'influence de la médication arsenicale, 8 gouttes, puis 15 de liqueur de Fowler, le malade accusait une légère amélioration subjective. Une fois cependant, le 22 janvier, la température s'est brusquement élevée à 39° sans qu'on ait pu trouver la cause de cet accident.

Le 5 février (à ce moment la grippe sévissait à l'hôpital comme ailleurs), le malade a été pris de dyspnée avec cornage, œdème de la région sous-maxillaire. La température s'est élevée à nouveau à 39°. On a fait le diagnostic d'angine de Ludwig. Le malade est mort au bout de quelques heures.

L'autopsie, faite 36 heures après la mort, a montré l'intégrité absolue du tube digestif dans toute son étendue. La

muqueuse gastrique ne présente rien à signaler, si ce n'est une petite saillie au niveau du pylore que l'examen histologique fait ultérieurement a montré être de l'adénome; le reste de la muqueuse est sain, même à l'examen microscopique.

Les poumons présentent seulement un peu d'emphysème avec de la congestion aux bases. Ils ne présentent pas de la tuberculose.

Le cœur est un peu gros (pèse 370 gr.). Le foie, la rate, les reins, le pancréas, le corps thyroïde sont macroscopiquement normaux. Au microscope, le foie ne présente aucune altération ; les reins présentent un peu d'épaississement du tissu conjonctif interstitiel avec transformation scléreuse de quelques glomérules et dilatation des tubes contournés.

L'encéphale examiné méthodiquement ne présente rien à signaler.

Pas d'adipose des viscères.

La moelle des fémurs et des tibias est normale.

Le poids des organes est sensiblement normal.

Notre premier cas est remarquable par ce fait que la recherche de la valeur globulaire a pu seule nous mettre sur la voie du véritable diagnostic. En effet, la malade était considérée comme atteinte très probablement de néoplasme de l'estomac ; ce diagnostic paraissait d'autant plus probable que la malade avait depuis deux mois des vomissements, lors de son entrée à l'hôpital, et que ceux-ci, qui avaient disparu par le régime lacté, étaient réapparus aussitôt qu'on avait essayé de faire ingérer des aliments solides.

Cette observation vient à l'appui de l'idée émise par M. le Prof. Lépine, puis reprise dans la thèse de Benoist-Jeannin, Lyon, 1877, et par M. le docteur Mouisset dans la *Revue de médecine* de 1891, à savoir que dans l'anémie grave la valeur globulaire est égale ou supérieure à la normale, au lieu que dans l'anémie symptomatique d'un cancer de l'estomac, et d'une manière générale dans toutes les maladies chroniques, elle est au-dessous de la normale. A la période terminale du cancer de l'estomac, elle atteint même 0,4 à 0,5.

Ce premier cas est encore intéressant par le développement

énorme du tissu adipeux constaté à l'autopsie. Cette adiposité était remarquable surtout au niveau du foie dont les lobules étaient tout entiers infiltrés de graisse, sans qu'il fût possible de constater une prédominance périportale ou périsus-hépatique. Un grand nombre de cellules paraissaient altérées; il y avait certainement plus que de la surchage graisseuse, mais une véritable dégénérescence de l'organe.

Cette altération avait déjà frappé les observateurs avant même que l'anémie pernicieuse eût été étudiée systématiquement et décrite par Biermer. C'est ainsi que Perroud publiait déjà dans le *Lyon Médical* en 1869 quatre cas « d'anasarque cachectique avec altération graisseuse du foie » qui doivent être selon toute vraisemblance rattachés à l'anémie pernicieuse.

Notre second cas diffère notablement du premier. Et cependant le diagnostic d'anémie pernicieuse ne paraît pas douteux malgré l'existence de quelques symptômes anormaux (douleurs dans les membres avec exagération des réflexes). En effet le malade s'est anémié progressivement sans qu'il fût possible d'en trouver la cause ni pendant la vie ni après la mort. Le diagnostic d'anémie essentielle nous semble donc le seul possible. Peut-être aurait-on dû rechercher les œufs de l'ankylostome duodénal dans les selles; mais le malade exerçait depuis longtemps le métier de tisseur dans notre ville et ne paraît pas avoir été dans les conditions propres à contracter l'ankylostomasie.

Le diagnostic d'anémie pernicieuse étant admis, ce cas diffère du premier surtout par ces deux caractères : en premier lieu le chiffre peu élevé de la valeur globulaire, et en second lieu l'absence absolue d'adiposité à l'autopsie. Le foie en particulier apparaissait sur les coupes histologiques absolument normal, contrastant ainsi avec la dégénérescence graisseuse constatée dans le premier cas.

De plus, la moelle des os n'offrait aucune trace de réaction ; son aspect était tout à fait celui de la moelle normale.

Cette observation doit peut-être être rapprochée des cas cités par M. le Prof. Lépine à la Société de médecine de Lyon (juillet 1899) et remarquables par ce fait que la moelle osseuse était jaune et la valeur globulaire quelquefois audessous de la normale. Tous ces malades présentaient des lé-

sions cicatricielles de tuberculose. Nous n'en avons pas constaté dans notre cas; des ganglions crétacés ont d'ailleurs pu facilement nous échapper.

Quoi qu'il en soit, ce deuxième cas, bien que rangé comme le premier, sous la rubrique d'anémie pernicieuse, nous paraît devoir être classé un peu à part à cause du développement normal du tissu adipeux et surtout du taux de la valeur globulaire, qui, tout en étant plus forte que dans le cancer, est demeurée voisine de la normale.

TRAITEMENT PAR LE CACODYLATE DE SOUDE.

Par M. A. Latarjet, externe des hôpitaux.

Nous rapportons ici les résultats obtenus par le cacodylate de soude chez quelques malades du service de M. Mouisset à l'hôpital Saint-Pothin. Notre maître nous avait prié de surveiller et de noter les effets du traitement; il nous a engagé à les publier. Nous le remercions bien vivement de cette marque de bienveillance.

I. — Méthodes employées.

Le cacodylate a été administré de trois façons différentes :

1° Par la voie digestive sous forme de pilules, contenant chacune 0,025 milligr. de principe actif, sans période d'interruption si le médicament était bien supporté ;

2° Par la voie rectale;

3° Par la voie hypodermique.

La formule de la solution était la suivante :

Cacodylate de soude....... 1 gr.
Eau...................... 100 —

M. Aubert, pharmacien de l'Antiquaille, auquel nous sommes heureux d'adresser ici tous nos remercîments, préparait lui-même les solutions. Celles-ci nous arrivaient dans des ampoules de verre, stérilisées à l'autoclave pendant 10 minutes à la température de 110°. Ces ampoules, de volumes différents, mais définis, contenaient exactement : les plus petites 0,01 centigr. de cacodylate, les autres 0,02 cent.,

0,04 centigr., enfin 0,10 centigr. Nous avons pu, grâce à ce procédé, éliminer toute cause d'altération ou de modification du principe médicamenteux due, soit au contact de l'air, soit à l'adjonction d'une substance antiseptique. Suivant le nombre de centimètres cubes à injecter, on brise des ampoules de différentes dimensions, de sorte que l'on a la certitude d'employer toujours une solution pure. Ajoutons que la préparation de ces ampoules ne nécessite qu'une dépense insignifiante.

C'est la seringue de Condamin qui nous a servi pour les injections rectales, celles de Leüer, que nous recevions stérilisée tous les matins, pour les injections hypodermiques. Disons de suite que la méthode hypodermique a été presque exclusivement employée.

Sur les conseils de M. Mouisset, nous avons pratiqué les injections de la façon suivante :

Voie rectale : injection quotidienne pendant cinq jours, à doses croissantes, de 0,01 cent. à 0,05 cent. Interruption pendant deux jours.

Voie hypodermique : Injection quotidienne pendant trois semaines, à doses progressives, variant tous les cinq jours : 0,02 cent. les cinq premiers jours, 0,03 cent. les cinq jours suivants, puis 0,04, puis 0,05. Interruption pendant dix jours. Reprise du traitement.

Nous les avons faites soit à la région deltoïdienne, soit à la région fessière. Inutile de dire qu'avant chaque injection la peau était rendue chirurgicalement aseptique.

II. — Observations.

Tous les malades que M. Mouisset a traités par le cacodylate de soude présentaient des troubles de la nutrition d'origine variable, chez lesquels la médication arsenicale était indiquée. Nous donnons ici le diagnostic et le résumé de leur état pathologique, les résultats du traitement.

Observation I. — B..., Pierre, boulanger, 30 ans. Salle Saint-Jean, nº 20. Entrée, 13 février 1900.

Diagnostic et résumé : Nervosisme. Alcoolisme. Rhumatisme polyarticulaire subaigu précédé d'une altération de l'état général sans cause connue et accompagné de troubles de la nutrition, malgré le bon fonctionnement des voies digestives.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
2 pilules par jour	12 mars — 9 avril.	57 k. — 62 k. 500.
Inject. hypodermiques.	9 avril — 2 mai.	62 k. — 64 k. 500.

Sous l'influence du traitement, le malade a augmenté de 5 kil. 500 en l'espace de 41 jours. L'appétit est redevenu vif et régulier. Les symptômes nerveux se sont amendés.

Le 3 mai, lorsque le malade sort de l'hôpital, le facies est excellent, l'état général s'est amélioré considérablement, la neurasthénie a très notablement diminué.

Pas de troubles gastro-intestinaux. Jamais d'albumine dans les urines.

Obs. II. — G..., Louis, jardinier, 37 ans. Salle Saint-Just, n° 20. Entré le 3 octobre 1899.

Diagnostic et résumé : Arthritisme. Psoriasis ancien et bénin. Rhumatisme polyarticulaire, forme sèche d'emblée.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Injections hypoderm ..	12 mars — 3 mai.	68 k. — 69 k. 500.

A part l'augmentation notable du poids, 1.500 gr. en 21 jours, chez un malade déjà depuis six mois à l'hôpital, nous n'avons noté qu'une légère stimulation de l'appétit. Aucune modification articulaire. Jamais d'albuminurie.

Obs. III. — C..., François, journalier, 38 ans. Salle Saint-Jean, n° 9. Entré le 1er mars.

Diagnostic et résumé : Paludisme contracté en Algérie. Alcoolisme de 27 à 32 ans. Périodes multiples d'accès fébriles. Diarrhée dysentériforme prolongée.

Actuellement, amaigrissement, anémie.

Souffles cardiaque, vasculaire, céphalique. La rate n'est pas grosse. Foie normal. Pas d'albumine.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Inject. hypodermiques.	5 mars — 11 mars.	57 k. 250 — 59 k. 750.
—	11 mars — 25 mars.	Stationnaire.
—	25 mars — 2 avril.	59 k. 750 — 61 k.
—	2 avril — 16 avril.	61 k. — 60 k. 500.

L'appétit ne s'est pas modifié, la faiblesse n'a pas diminué. Chez ce malade il est probable que l'anémie considérable est le résultat de la longue durée de sa diarrhée. L'absence d'hypertrophie de la rate ne permet pas de penser que le paludisme seul ait été la cause de l'anémie. Clinique-

ment il s'agit d'une anémie grave : l'examen du sang, fait plusieurs fois, a toujours montré un nombre d'hématies inférieur à un million, et une augmentation de la valeur globulaire. La numération des globules, faite après plusieurs semaines du traitement, montre des variations peu importantes. Dans ce cas particulier le cacodylate de soude n'a pas favorisé la production des hématies.

Au début du traitement, l'augmentation brusque du poids est sans doute due à la cessation de la diarrhée, tandis que plus tard l'augmentation progressive peut être attribuée, soit au médicament, soit à l'hygiène ; mais il convient d'ajouter que l'état général ne s'est pas relevé, est toujours mauvais. Jamais d'albuminurie.

Obs. IV. — B..., J., 53 ans. Salle Saint-Jean, nº 4. Entrée, 8 mars 1900.

Diagnostic et résumé : Diabète remontant au moins à trois ans. Grande faiblesse générale. Polydipsie. Polyurie. Glycosurie. Albuminurie. Œdème des paupières. Myosis. Matité légère du sommet droit.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Injections rectales.....	12 mars — 26 mars.	71 k. 500 — 70 k
—	26 mars — 2 avril.	70 k. — 72 k.
Injections hypoderm ..	2 avril — 22 avril.	72 k. — 74 k

Analyse des urines :

Analyse du 12 mars : Volume des 24 heures = 5 litres 800.

	Par litre.	Par 24 heures.
Glucose...........	19 gr. 93	112 gr. 10
Albumine.........	0 gr. 54	3 gr. 13

Analyse du 2 mai : Volume des 23 heures = 1 litre 900.

	Par litre.	Par 24 heures.
Glucose...........	16 gr. 60	31 gr. 50
Albumine.........	0 gr. 54	1 gr. 02

Les premières injections rectales n'ont pas été bien supportées : pendant quatre à cinq jours, le malade a eu très nettement l'haleine aliacée, et le goût d'ail assez prononcé, avac sialorrhée abondante, phénomène qui est vraisemblablement sous la dépendance du diabète. Les autres troubles ont disparu très rapidement, ne se sont plus jamais manifestés. Malgré la glycosurie, quelques éruptions cutanées témoignant de la sensilité des téguments, nous n'avons jamais eu d'accident inflammatoire pendant toute la période des injections hypodermiques.

La soif est un peu moins vive, l'appétit s'est peu modifié. Ce malade, gras et bien musclé, est arrivé à l'hôpital en se plaignant d'une faiblesse extrême ; malgré l'augmentation de son poids, l'amélioration de son facies, malgré les variations de la glycosurie, il ne se trouve pas plus fort à la suite de son traitement.

Obs. V. — P..., Antoinette, 21 ans, domestique. Salle Sainte-Marthe, n° 18. Entrée le 12 avril 1900.

Diagnostic et résumé : Ancienne cystite blennorragique grave. Congestion du sommet gauche. Modification des bruits respiratoires sans signes surajoutés. Troubles digestifs. Pas d'appétit. Gastralgie. Vomissements. Albuminurie.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Injections hypoderm. .	16 avril — 6 mai.	51 k. 200 — 51 k. 900.

Chez cette malade le cacodylate n'a pas amené grand changement à son état. Une légère augmentation de poids, un peu plus d'appétit dès les premières injections sont les seuls résultats. L'albuminurie, d'ailleurs minime, n'a jamais augmenté.

Obs. VI. — Vᵉ M..., 41 ans, employée de commerce. Salle Sainte-Marthe, n° 26. Entrée le 22 mars.

Diagnostic et résumé : Ancienne adénite suppurée. Adénites cervicales. Bronchite chronique depuis 20 ans. Depuis quelques mois altération de l'état général, accentuation des symptômes. Actuellement, signes d'excavation au sommet gauche ; lésion ulcéreuse, vraisemblablement ancienne avec bronchite récente.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Injections hypoderm. .	26 mars — 18 avril.	44 k. 500 — 46 k. 500.

Dès le premier avril, quatre jours après le début du traitement, l'appétit a augmenté ; les sueurs nocturnes sont devenues moins abondantes. Le poids s'est élevé progressivement de 2 kilogr. pendant la période de traitement. Pas de modifications des signes stéthoscopiques. Pas d'albuminurie.

Obs. VII. — B..., Clotilde, 39 ans, dévideuse. Salle Sainte-Marthe, n° 9.

Diagnostic et résumé : Syphilis héréditaire. Ostéo-périostite du tibia gauche. Rhumatisme articulaire subaigu, probablement bacillaire.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Injections rectales	5 mars — 2 avril.	43 k. 250 — 43 k.
— hypoderm. .	8 avril — 25 avril.	43 k. — 44 k.

Cette malade avait déjà fait un séjour d'un an dans le service de M. Mouisset à l'hôpital de la Croix-Rousse, en 1899. A cette époque elle présentait une synovite du poignet à grains riziformes qui guérit médicalement : la malade fut traitée par l'iodure de potassium et le métavanadate de soude. Lorsqu'elle entre à Saint-Pothin, ses deux genoux

sont le siège d'une hydarthrose qui prédomine à droite. De plus elle accuse des troubles de la nutrition assez marqués : amaigrissement, perte de l'appétit, etc.

Le traitement par le cacodylate de soude a été très bien supporté ; il a été suivi d'une amélioration des symptômes. Pendant les premiers jours de la médication le poids continue à baisser : de 43 k. 250 il tombe à 42 kil. 400 le 12 mars, puis se relève, surtout pendant la période des injections hypodermiques. L'appétit s'améliore considérablement, la malade se sent redevenir plus forte. L'état général paraît avoir bénéficié du traitement. Jamais d'albuminurie.

Obs. VIII. — G..., Marius, 17 ans. Salle Saint-Just, n° 17. Entré le 29 mars.

Diagnostic et résumé : Tuberculose pulmonaire. Lésion ulcéreuse des deux sommets, prédominant à gauche en avant. Pas d'albumine.

Méthode employée.	*Durée.*	*Variations du poids.*
Injections hypoderm...	8 avril — 2 mai.	44 k. — 46 k.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, le visage pâle, couvert de sueurs, l'oppression, la fièvre, l'expectoration abondante et purulente, les gros râles humides entendus aux deux sommets constituaient un ensemble de symptômes qui semblaient indiquer une marche rapide et progressive. Le malade toussait depuis longtemps, et accusait une aggravation considérable depuis deux mois. A son entrée la recherche des bacilles n'a pas été faite. Il convient d'ajouter que ce malade, en raison de sa situation sociale, se trouve à l'hôpital dans des conditions plus mauvaises que dans sa famille où il avait une chambre bien aérée, et une alimentation choisie. Malgré cela, le traitement a été suivi d'une amélioration réelle : celle-ci a porté sur l'état général. Le facies est transformé ; l'appétit, depuis longtemps disparu, s'est réveillé ; le malade a engraissé de 2 kilos en 21 jours. Les sueurs sont moins abondantes. La persistance de la fièvre, l'absence de modification des signes pulmonaires permettent d'affirmer l'existence de lésions tuberculeuses, bien que l'examen bactériologique, fait récemment, n'ait pas permis de constater de bacilles de Koch dans l'expectoration. Cependant la marche de l'aggravation récente ne paraît pas devoir être attribuée à une bronchite grippale surajoutée aux lésions tuberculeuses. En tous cas, si le cacodylate a déterminé l'amélioration signalée, ce médicament n'a eu aucune action sur la température qui a persisté autour de 39°.

III. — Conclusions.

Les malades traités étaient au nombre de huit, atteints des affections suivantes :

Rhumatisme articulaire subaigu et chronique : 2.

Anémie grave : 1.
Diabète : 1.
Tuberculose pulmonaire : 3.
Tuberculose articulaire : 1.

Chez tous ces malades, le médicament a toujours été parfaitement toléré. Une seule fois l'odeur aliacée a été constatée lorsque le médicament était absorbé par la voie rectale. Cet inconvénient n'a jamais existé chez nos malades traités par les injections hypodermiques. Celles-ci n'ont jamais provoqué la moindre réaction inflammatoire du côté de la peau.

Le désir de respecter l'intégrité des voies digestives, surtout chez les tuberculeux, a fait renoncer systématiquement à l'absorption par l'estomac. La voie rectale est infidèle, surtout si les malades n'acceptent pas volontiers la médication.

Pour ces motifs il nous semble préférable de choisir la voie hypodermique.

Nous avons constaté chez tous les malades une stimulation de l'appétit et une augmentation de poids. Ce médicament serait donc un bon adjuvant du traitement hygiénique.

Si l'on cherche à se rendre compte de l'action du cacodylate sur les différents symptômes en particulier, on note les résultats suivants :

Chez le diabétique, durant la période de traitement, la glycosurie a sensiblement varié. Après sept semaines de médication, la quantité de sucre était tombée de 112 gr. à 31 gr. 5. Il convient d'ajouter que, dans la même période de temps, la polyurie avait sensiblement diminué : de 5 lit. 800 la quantité s'abaisse à 1 lit. 900 ; et si l'on établit la modification de la glycosurie, non pas totale, mais par litre, on trouve que la différence est beaucoup moins sensible, car l'analyse donne 16 gr. 6 de glucose, au lieu de 19 gr. 33.

Chez un homme atteint d'anémie grave, le nombre des globules rouges n'a pas augmenté, l'état du sang n'a pas été modifié.

Chez les tuberculeux la fièvre n'a pas été diminuée.

Un seul de nos malades, et c'est celui qui semble avoir retiré le plus grand bénéfice de la médication arsenicale

(obs. VIII), a présenté un peu d'albumine dans ses urines à la fin du traitement. Mais ce symptôme peut trouver son explication suffisante dans la persistance d'une fièvre élevée et continue.

Chez les autres, jamais nous n'avons vu apparaître l'albuminurie, et lorsque celle-ci existait avant le début du traitement, elle n'a pas été modifiée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 2 juillet 1900. — Présidence de M. HORAND.

TUBERCULOSE ET PERSONNEL DES POSTES.

M. NAVARRE. Au sujet de la lettre de M. le Maire de Lyon, en réponse au vœu de la Société de médecine émis en faveur de la création d'un hôtel central des postes et télégraphes à Lyon, j'en appelle de M. le Maire mal informé à M. le Maire mieux informé. Dans aucune ville de France l'Administration ne construit elle-même. Elle s'adresse aux municipalités ou à des entrepreneurs particuliers qui édifient l'immeuble dont l'Administration devient locataire. Si cet immeuble a été bâti sur des plans approuvés par elle, l'Administration consent, outre le loyer, une annuité qui doit la rendre propriétaire de l'immeuble dans un temps donné.

M. le Maire fait des vœux platoniques pour que les agents des postes et télégraphes soient plus hygiéniquement logés; mais il appartient en outre à la Municipalité de prendre l'initiative de cet édifice hygiénique.

C'est donc à juste titre que la Société de médecine de Lyon a envoyé le vœu émis à l'adresse de la Municipalité; c'est bien à cette porte qu'il fallait frapper, et si la solution n'a pas été trouvée, il y a quelques années, dans une première tentative d'accord entre la Ville et l'Etat, il appartient bien à la Municipalité de faire aboutir la question quand elle le voudra d'une façon ferme.

M. LE PRÉSIDENT lit une lettre par laquelle M. le Dr Dron demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

La proposition mise aux voix est adoptée.

SURDITÉ TOTALE PAR LÉSION DE LA 8e PAIRE A SON ORIGINE.

M. Raymond BERNARD, médecin-major, présente un soldat du 96e régiment d'infanterie, absolument sourd. Malgré cette perte complète et bilatérale de l'ouïe, ce malade n'offre pas, il n'a jamais offert de signes d'une lésion de l'oreille moyenne

ou externe. Il a toute son intelligence, dont témoignent ses réponses aisées; il ne porte aucun stigmate d'hystérie; tout son système nerveux semble normal, voies auditives exceptées.

A ce tableau, réduit en somme à la surdité, on peut encore ajouter les quatre traits suivants :

1° De légers vertiges.

2° De la paracousie : le malade n'entend rien; on peut crier dans son oreille sans qu'il s'en aperçoive; mais il reconnaît tout bruit qui s'accompagne de vibrations mécaniques : choc léger sur la table, roulement de tramways sur le quai, etc.

3° De l'hyperexcitabilité galvanique. L'examen que M. Bordier a bien voulu faire dans son cabinet nous a montré qu'une sensation sonore apparaissait au pôle positif à la fermeture avec un courant de 6/10° de milliampère, au lieu de 6 milliampères, terme physiologique moyen.

4° Des signes très atténués aujourd'hui d'induration du sommet droit.

Malgré cette symptomatologie précise, l'interprétation du cas est difficile. L'hyperexcitabilité galvanique, avec la grande valeur séméiologique que Gradenigo lui a reconnue, lui livre une première conclusion : c'est que le trouble constaté n'est pas simplement fonctionnel; cette modification dans les réactions électriques est la preuve d'une lésion organique. Ce point acquis, il faudrait — ce qui est plus malaisé — définir la nature de cette lésion.

L'évolution des accidents peut donner une indication utile. N... est entré à l'hôpital le 27 mars de cette année, dans un état assez grave pour qu'on pût craindre une méningite. Il souffrait beaucoup de la tête, il vomissait, il avait des vertiges continus qui l'empêchaient de se tenir debout, et quand il marchait il ne cessait de vaciller et de tituber, comme un ivrogne. Ses vertiges étaient imprécis, il n'a jamais pu nous dire de quel côté « la tête lui tournait »; cependant il tendait toujours à tomber à gauche; mais son intelligence, qui est bonne, restait éveillée et il n'a pas cessé de se tenir en communication avec son entourage par la lecture. Il écrivait sans accroc, mais il parlait toujours pour répondre. Il avait beaucoup de fièvre (à son entrée 40°,1).

Dans ses antécédents, des habitudes alcooliques bien modérées depuis l'incorporation. Pas de syphilis. Pas d'accidents névropathiques.

Les probabilités de tuberculose pulmonaire venaient non de l'anamnèse, mais de l'examen actuel du sommet droit. Il faut noter toutefois que depuis un mois N... maigrissait, souffrait de la tête et éprouvait de la gêne à marcher.

On aurait admis la méningite assez volontiers, mais les signes étaient bien localisés, l'intelligence bien indemne pour une lésion aussi diffuse. A l'ophtalmoscope M. Ruotte trouva de l'œdème de la papille (veines dilatées, état trouble, bords en saillies, contours flous) et pas de tubercules de la choroïde. Le signe de Kernig manquait ainsi que les contractures.

Puis le malade s'améliora vite ; quatre jours après son admission à l'hôpital il avait retrouvé sa température normale et les divers symptômes précités disparaissaient l'un après l'autre : d'abord les vomissements, puis la douleur occipitale si vive au début, l'œdème de la papille, la titubation; enfin les vertiges qui se réduisent aujourd'hui à une grande instabilité dans la station sur un pied.

Cette marche d'abord insidieuse, puis brusquement progressive, enfin promptement régressive appartient tout autant à la méningite qu'aux tumeurs du cerveau ; mais c'est plutôt en faveur de cette dernière hypothèse que plaide le statu quo actuel. La surdité reste seule et elle paraît définitive.

Les deux signes dont elle s'accompagne, l'hyperexcitabilité galvanique et la paracousie, sont de peu de secours pour le diagnostic étiologique. Ce qu'on sait de la première nous a servi à préciser ce point important : l'existence assurée d'une lésion organique. L'autre est un trouble des plus curieux qui exerce depuis quelque temps la sagacité des otologistes sans que sa physiologie pathologique soit encore élucidée. Dans ce cas particulier, il dépend peut-être de la dissociation anatomique des deux parties cochléaire et vestibulaire de l'auditif à ses origines : la lésion a respecté cette dissociation.

Cette lésion porte nécessairement sur la seule section de leur trajet où les deux nerfs acoustiques (parties cochléaires)

soient rapprochées l'une de l'autre et éloignées des autres nerfs crâniens : le plafond du quatrième ventricule, le hile du cervelet.

Toutes les chances sont en faveur d'une lésion tuberculeuse et d'une lésion limitée. Il ne s'agit pas d'une méningite, ce mot désignant une tuberculose de surface, une pullulation diffuse de granulations. Il s'agit d'une masse tuberculeuse unique. Cette masse résulte-t-elle d'un conglomérat de tubercules pie-mériens ou de l'expansion d'un tubercule solitaire du cervelet ? Le tubercule solitaire est plus plausible, mais seule une nécropsie, heureusement improbable, en ferait la preuve.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

M. Soulier, à propos d'une présentation de pièces faite par M. Delore dans une précédente séance, pose la question de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

Jadis deux opinions adverses étaient en présence : une voulait que le suc gastrique acide eût le pouvoir de digérer la muqueuse et de créer ainsi de toutes pièces l'ulcus rotundum, l'autre refusait cette action au suc gastrique et soutenait qu'une lésion préalable, le plus souvent d'ordre vasculaire, était indispensable ; il se produisait ainsi une eschare sur laquelle, seulement alors, le suc gastrique exerçait son pouvoir digestif.

M. Soulier constate que le problème n'a pas fait grand pas et se trouve toujours posé dans les mêmes termes ; aujourd'hui comme hier, des pathologistes admettent que l'hyperchlorhydrie prolongée peut déterminer la formation d'un ulcère ; d'autres, et parmi eux il faut ranger M. Bouveret, invoquent une lésion vasculaire préalable.

Dans le cas particulier du nouveau-né de M. Delore, succombant à du mélæna peu de jours après sa naissance, et chez qui l'autopsie révéla des ulcérations de l'estomac, M. Soulier croit qu'il est plus rationnel d'admettre une lésion vasculaire qu'une auto-digestion pure et simple par le suc gastrique.

M. Delore, s'appuyant sur l'hypothèse de l'hyperacidité du suc gastrique, a institué la médication alcaline et a obtenu ainsi de grands succès. Cela n'est pas un argument con-

cluant, car le critérium thérapeutique n'est pas suffisant pour juger une théorie. M. Soulier cite l'exemple de Libreich qui, se basant sur le dédoublement de l'hydrate de chloral en chloroforme au contact d'un alcalin, proclama les propriétés hypnagogues de celui-ci. Or, aujourd'hui on n'admet plus le dédoublement, et néanmoins le chloral reste un merveilleux hypnagogue.

M. Aubert croit que, si le suc gastrique était doué des propriétés corrosives qu'on a voulu lui attribuer, les chirurgiens contemporains ne pourraient pas se livrer, ainsi qu'ils le font, à toutes espèces d'opérations au cours desquelles la muqueuse stomacale est sectionnée et suturée de mille manières ; un point de suture qui ne tiendrait pas deviendrait ainsi fatalement l'origine d'un ulcère. Or, on n'observe rien de semblable.

M. Vinay. L'enfant chez qui M. Delore a constaté à l'autopsie deux ulcérations intéressant la muqueuse dans toute son épaisseur a succombé deux jours après la naissance. On ne peut admettre que de tels dégâts se soient produits en si peu de temps. Il s'agit donc là d'une maladie intra-utérine, c'est-à-dire d'une affection dont la pathogénie nous échappe.

M. Delore n'entend pas prolonger la discussion : il n'a voulu prouver qu'une chose, c'est que le mélæna chez le nouveau-né peut être symptomatique d'un ulcère stomacal.

M. Arloing fait une communication sur le pouvoir agglutinant du sang des tuberculeux.

(Sera publiée.)

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 30 mai 1900. — Présidence de M. Vallas.

M. le Secrétaire général donne communication d'une lettre du Syndicat des Sociétés savantes de Lyon, à propos de l'organisation d'un local général pour réunions.

ENDOCARDITE INFECTIEUSE ; APOPLEXIE RÉNALE.

M. Horand, interne suppléant des hôpitaux de Lyon, présente au nom de M. Mouisset des pièces provenant d'un malade mort d'endocardite infectieuse. Il avait l'aspect d'un typhique; vives douleurs de la région splénique, séro-diagnostic négatif. Outre les lésions cardiaques, le malade présentait des phénomènes pulmonaires. Albuminurie ; mort par asphyxie.

A l'autopsie, on constate des *végétations sur la valvule mitrale* qui est insuffisante à l'épreuve de l'eau.

Reins : Nombreux infractus, surtout à droite.

Rate très friable avec infarctus.

Poumons œdémateux avec œdème péri-pleural.

M. Mouisset. A propos des pièces anatomiques présentées par M. Horand, j'insiste sur la signification clinique d'une vive douleur au niveau de la rate dans les cas analogues.

Cet homme avait un état infectieux, et l'examen des organes révélait un souffle systolique de la valvule mitrale. Mais le malade ayant eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, on pouvait se demander si le souffle cardiaque était de date ancienne, ou si sa production récente indiquait la localisation de l'infection sur l'endocarde. Les jours suivants, pour établir le diagnostic d'endocardite infectieuse, j'ai considéré comme un argument de grande valeur l'état de la rate. Cet organe, augmenté de volume, était le siège d'une vive douleur exagérée par la pression. Or, les végétations de l'endocarde donnent lieu à des embolies, et c'est dans la rate que les infarctus qui accompagnent l'endocardite infectieuse de la valvule mitrale ont leur localisation la plus fréquente et la plus précoce.

De plus, cette autopsie a attiré mon attention à un autre point de vue qui mérite d'être signalé.

Ce malade, atteint d'endocardite infectieuse, a succombé avec des lésions multiples. On vous a montré les végétations du cœur, une rate remplie d'infarctus à différentes périodes de leur évolution, et des reins très malades. C'est l'état de ces reins qui m'inspire les réflexions suivantes au sujet de l'apoplexie rénale. Ces organes présentent une augmentation notable du volume habituel, ils sont mous et très décolorés. A la coupe, la teinte jaunâtre du parenchyme indique vraisemblablement des lésions dégénératives, et il existe également, dans les deux reins, des infarctus multiples, dont les dimensions variables ont en certains points une surface qui mesure plus d'un centimètre carré. Cependant, ce malade n'a jamais souffert dans la région lombaire; ses urines, examinées plusieurs fois pendant la durée du traitement, avaient les caractères des urines fébriles dans le cours des

maladies infectieuses. De coloration foncée, elles donnaient par l'acide azotique un précipité d'albumine de plus en plus abondant dans les différentes analyses qui ont été faites. Jamais il n'y a eu de modifications brusques de la quantité émise dans les 24 heures. Jamais d'anurie. On n'a pas constaté d'œdème des extrémités, ni de la face, c'est-à-dire que les troubles de la sécrétion urinaire, suffisamment expliqués par les lésions de la néphrite, n'ont pas eu, dans leur évolution clinique, une symptomatologie en rapport avec les désordres graves et subits, que les embolies ont provoqué dans la circulation rénale.

Cette observation me rappelle un fait observé antérieurement.

Un homme, âgé de 60 ans environ, entre à l'hôpital avec de la bouffissure de la face, de l'anasarque, des troubles urinaires et cardiaques. Il raconte que les symptômes de l'asystolie ont apparu brusquement, et son facies fait porter le diagnostic de néphrite aiguë. A la suite du repos et de la médication, les œdèmes disparaissent, les urines ne contiennent plus d'albumine, les troubles fonctionnels se modifient, à tel point que la guérison paraît complète. A ce moment je pensais qu'il s'agissait d'un artério-scléreux atteint de faiblesse cardiaque avec arythmie, sans hypertrophie du cœur, et à cause de la rapidité de la guérison, j'hésitais à maintenir mon diagnostic de néphrite aiguë dans le cours d'un mal de Bright.

Plus tard, cet homme succombe à une affection intercurrente. L'autopsie révéla dans les reins l'existence d'infarctus anciens, c'est-à-dire de lésions cicatricielles, incapables actuellement de provoquer une réaction fonctionnelle. Mais il était logique d'admettre que ces infarctus, au moment de leur production, avaient été la cause des accidents observés autrefois, et dont la pathogénie avait paru obscure.

Chez les malades semblables à celui dont je viens de rappeler l'histoire, le cœur atteint de myocardite est souvent dilaté. Le ralentissement de la circulation intracardiaque aboutit à la formation de caillots dans les oreillettes. Puis, ces caillots se fragmentent, donnent naissance aux embolies fibrineuses, qui sont emportées par la circulation, et se fixent dans les divers organes. Mon malade avait eu des embolies dans les reins.

Or, on sait que, dans certains cas, l'oblitération brusque d'une artère, qui supprime la circulation d'un territoire vasculaire, frappe également d'une sorte d'ictus tout l'organe auquel appartient ce vaisseau. Cela est vrai pour l'apoplexie cérébrale et pour l'infarctus pulmonaire. Dans les deux cas, l'organe atteint réagit vivement au point de vue fonctionnel, à l'occasion d'une perturbation brusque, locale, de sa circulation. Par analogie, ne serait-il pas possible de dire que les infarctus des reins, en déterminant l'*apoplexie rénale*, peuvent se révéler par des symptômes qui rappellent ceux de la néphrite aiguë.

L'histoire de mon malade atteint d'endocardite infectieuse n'est pas en faveur de cette opinion, puisque, chez lui, des embolies multiples dans les reins ont donné lieu à des infarctus, dont la production a passé inaperçue au milieu de la symptomatologie générale.

Il est donc probable que, chez les artério-scléreux qui présentent des troubles cardio-rénaux, l'infarctus du rein peut être un accident de l'asystolie, mais il n'en est pas la cause. Le rein paraît supporter le choc de l'embolie, bien mieux que d'autres organes, tels que le cerveau et le poumon.

M. Carry rapporte un cas analogue qu'il a observé chez un artério-scléreux ; asystolie depuis plusieurs mois, cédant brusquement, puis gangrène pulmonaire limitée ; à ce moment le cœur, auparavant très arythmique, s'est régularisé.

Le Secrétaire annuel, Dr Sargnon.

REVUE DES LIVRES

Science et Mariage, par le docteur Cazalis.
Paris, 1900, O. Doin, éditeur.

Tel est le titre d'un ouvrage, tout d'actualité, que vient de faire paraître le docteur Cazalis. Sans se dissimuler la difficulté du sujet, il dédie ces pages particulièrement aux médecins, ne voulant pas, dit-il, jeter le désespoir, éveiller des scrupules dans l'esprit des profanes.

Le but du mariage étant la procréation des enfants, il faut améliorer le mariage par la science ; par les sages conseils du médecin, l'union n'est plus livrée aux hasards, aux incertitudes. La race future reprendra ses qualités d'énergie qui tendent à disparaître.

Personne ne contredira l'auteur lorsqu'il nous dépeint les ...es conséquences de certains mariages, pour les époux ... part, pour leur descendance d'autre part. Chaque mé... connaît quelques exemples de ces unions légitimes si brillantes, si enviée même à leur heure, mais qui suscitèrent trop tôt les plus cruelles amertumes.

La blennorragie engendre trop souvent la stérilité et l'impotence chez une femme jeune et belle, dont le seul tort fut d'avoir une grande confiance, des parents riches ou ambitieux. Le livre de M. Jullien (*Blennorragie et Mariage*) ne l'a-t-il pas complètement démontré ! Rien n'égale l'impudence de certains fiancés vis-à-vis des funestes effets d'une maladie encore en puissance de contagion, qu'il s'agisse de la blennorragie ou de la syphilis, celle-ci retentissant sur toute la famille qu'elle marque d'un sceau ineffaçable, d'une malédiction, aurait dit nos ancêtres.

Témoin le récit suivant que nous recueillons dans le livre du docteur Cazalis.

Un éminent praticien apprend le prochain mariage d'un jeune homme qui, pour des raisons spéciales, lui paraît indigne du sacrement. Il fait venir ce futur marié, et lui dit :

— Vous ne pouvez pas vous marier dans l'état où vous êtes ! Vous commettriez un véritable crime envers la jeune fille qui, sûre de votre honnêteté, va se confier à vous.

— C'est que j'ai donné ma parole...

— En pareil cas, on vous saura gré de la retirer.

— Mais que diront mes parents ? que diront les parents de ma future ?

— Ils diront ce qu'ils voudront. Mais vous ne pouvez pas vous marier.

— Docteur, il m'est impossible de faire autrement.

— Alors vous allez vous marier ! C'est décidé ?

— Oui.

— Eh bien ! s'écria le docteur, vous êtes un misérable ! vous êtes un drôle ! Le lien du secret professionnel m'empêche de révéler aux parents de votre fiancée l'énormité de votre ignominie. Mais si vous allez jusqu'au bout de votre infâme dessein, je vous giflerai en public...

Le jeune homme, intimidé par cette attitude, courut chez la fiancée et réclama sa bague.

Le docteur Fournier nous a signalé ces dangers, en nous citant des détails à faire frémir. Mais ce qui est admis aujourd'hui pour les maladies vénériennes doit s'étendre à d'autres affections : tuberculose, folie, alcoolisme. Ici la question reste plus délicate, moins palpable pour ainsi dire ; mais elle doit être pesée, analysée soigneusement par l'homme de l'art, avant qu'il n'autorise un mariage.

Tout ceci est parfait, direz-vous. Mais le remède ? Il est indiqué clairement, scientifiquement dans l'ouvrage. Les succès de l'élevage dans la race chevaline ont démontré l'utilité d'un choix judicieux des reproducteurs.

Agissons de même ou à peu près dans la race humaine ! Que les Chambres votent une loi autorisant la production pour tout marié d'un billet de santé médical. Le médecin consulté, et délié à ce propos du secret médical, dans une certaine mesure tout au moins, pourrait opposer son veto. Il indiquerait encore aux époux que la conception, pour être parfaite, doit avoir lieu en bonne santé.

La dot serait supprimée, afin d'enlever aux arrivistes ce funeste moyen de faire fortune, en épousant des jeunes filles tarées, alors que des filles sans fortune se morfondent sans époux, bien que riches de beauté et de santé !

Telle est la séduisante théorie. Mais que de difficultés dans la pratique ! Combien n'échapperont pas à toutes ces restrictions matrimoniales ! Il faudrait changer nos mœurs, rendre l'homme meilleur avant tout. Quoi qu'il en soit, le problème a été posé devant l'Académie. Il intéresse le monde médical ; à ce titre, le livre du docteur Cazalis mérite d'être lu et médité, et nous devons savoir gré à l'auteur de susciter un débat, dont peut sortir une amélioration, si petite fût-elle, du mariage par la science.

X. Delore.

REVUE DES JOURNAUX

Persistance des lésions histologiques des tissus dans la syphilis, par Hjelmann. — Les recherches de Neumann sur les lésions histologiques des syphilides de la peau ont montré que les modifications anatomo-pathologiques occasionnées par les syphilides sont loin de disparaître

avec la guérison des symptômes cliniques. On peut en effet constater longtemps après dans la peau des cellules d'exsudat et des lésions vasculaires. L'auteur a repris les recherches de Neumann et les a étendues à un grand nombre de cas; il a en outre cherché à établir au bout de combien de temps après la disparition des symptômes cliniques on peut reconnaître que les tissus sont revenus à l'état normal. Ces recherches présentent de grandes difficultés pour trouver exactement, après un grand laps de temps, la place qui avait été le siège de l'exanthème syphilitique. Dans ces derniers temps on a utilisé le tatouage pour marquer les points où se trouvaient les syphilides. Habituellement l'auteur fait trois à quatre piqûres avec l'aiguille à tatouer pour retrouver pendant des années la place de l'efflorescence.

On excise sans anesthésie locale préalable, on durcit la préparation d'ordinaire avec l'alcool, parfois avec la solution de Müller, le sublimé ou la formaline. Comme matières colorantes : il emploie l'hématoxyline, la thionine, le bleu de méthyle polychrome d'Unna, etc. Les résultats de l'examen histologique ont été les suivants : relativement au chancre induré, sur 13 cas examinés, 10 présentaient, environ six mois à trois ans après que le chancre pouvait être regardé cliniquement comme guéri, des infiltrats cellulaires dans le derme, qu'on doit considérer comme des reliquats de l'affection primaire.

Un mois après la disparition complète d'une roséole, on constatait encore des infiltrats pathologiques de cellules; plus tard en général il se fait une restitution complète de la partie de tissu altérée.

Dans les papules syphilitiques il existait dans le derme, dans toutes les préparations examinées (13 dont 5 concernaient des plaques muqueuses en prolifération) des reliquats plus ou moins prononcés des infiltrats cellulaires qui constituent les papules.

Le laps de temps le plus long observé par Hjelmann entre la guérison apparente des papules et l'excision était pour les papules sèches de six mois, dans les papules humides presque d'une année entière. Comme l'auteur a été dans l'impossibilité de continuer ses recherches au delà de ce temps, il ne saurait indiquer pendant combien de temps ces infiltrats per-

sistent. Tout au moins dans les papules florides, les infiltrats de cellules qui persistent dans le derme six mois, même une année après la guérison apparente des papules, sont en si grand nombre qu'on ne peut espérer une résorption complète qu'environ une deuxième année après ou même plus tard.

C'est un fait depuis longtemps connu que des récidives *in situ* peuvent survenir à toutes les périodes de la syphilis. En outre, l'expérience a montré que des formes tertiaires peuvent, à une période très tardive de la maladie, apparaître à la même place qui, dans la période récente, avait été le siège d'une efflorescence syphilitique. C'est ainsi qu'un *chancre redur* se développe à la place de la sclérose initiale.

Comme les reliquats d'exsudat, qui persistent dans la période éruptive de la maladie, peuvent pour ainsi dire constituer la base anatomique de récidives possibles dans l'avenir, il faut chercher à empêcher par tous les moyens la production de ces infiltrats cellulaires dans les tissus. Il faut donc instituer un traitement préventif, et la médication spécifique doit être continuée très énergiquement, surtout pendant la première période. Comme on observe en outre pendant des mois, même pendant des années après la guérison apparente des symptômes, la présence dans le tissu d'infiltrats de cellules est un argument puissant en faveur du traitement chronique intermittent recommandé par Fournier, Neisser, etc., etc. (*Arch. f. Dermatologie u. syphilis*, 1898, t. XLV, p. 57.)

Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux par la faradisation abdominale. — Dans le *Bulletin médical* du 16 juin 1900, le Dr Doumer, professeur à la Faculté de Lille, conseille comme traitement de la diarrhée chez les phtisiques la faradisation de toute la paroi abdominale à l'aide de tampons recouverts de peau de chamois et bien mouillés. Il recommande d'avoir recours à la bobine à gros fil; la bobine à fil fin donnerait de moins bons résultats.

Les applications des courants d'induction seront répétés deux à trois fois par jour et devront avoir quatre à cinq minutes de durée. On promènera les tampons sur toute la surface de l'abdomen, mais on insistera plus particulièrement

sur la région du côlon. Les courants électriques devront être assez forts pour provoquer de bonnes contractions des muscles abdominaux.

Cette méthode de traitement donne rapidement de très bons résultats. Dès le premier jour, le nombre des selles diminue et généralement, en quatre ou cinq jours, la guérison est complète.

Remède contre l'influenza. — Dans le *British medical Journal*, le docteur Ross a indiqué la décoction d'écorce de canelle comme un remède très efficace contre l'influenza accompagnée de fièvre. Au début, la décoction se prend par quantités de 15 grammes, toutes les demi-heures, puis toutes les heures, une fois que la fièvre est tombée. On continue la médication pendant quatre jours. La maladie cède d'autant plus vite que le traitement est institué à une époque plus rapprochée de son début.

Contre les moustiques et les puces. — Le Dr Mense (de Kassel) affirme que les puces dites de poussière et les moustiques ne piquent pas les parties de la peau badigeonnées avec une solution glycérinée de sulfate de quinine. Il ignore si c'est l'action toxique de la quinine sur les insectes ou le goût amer qui est la cause de cette action préservatrice. Parmi les autres remèdes de préservation contre les piqûres d'insectes, M. Mense recommande l'essence de térébenthine, l'iodoforme, le menthol et le camphre dissous dans de la glycérine, de l'huile ou dans une matière grasse, ensuite la poudre de chrysanthèmes et de pyrèthre soit pure, soit mélangée avec du talc ou de la poudre de riz. (*Vratch*, n° 10, 1900.)

Encore l'appendicite. — Les Américains, si bons connaisseurs de l'appendicite, viennent de trouver une nouvelle raison de la fréquence inaccoutumée de cette affection. Selon N.-R. Bradner (*Northeast Philadelphian*, 30 décembre 1899), neuf fois sur dix l'appendicite serait due à l'usage immodéré de la bicyclette. Les journaux qui rapportent cette idée géniale s'étonnent pourquoi l'appendicite n'est pas plus fréquente depuis que l'usage des bicyclettes s'est généralisé.

Traitement de l'hémoptysie, par Sénator. — Repos absolu, manger peu, aliments liquides, lait, décoction de gélatine (15 à 20 : 200 eau), morphine ; si le cœur est accéléré, digitale, vessie de glace sur la région cardiaque. Préférer aux préparations de seigle la stypticine (chlorhydrate de cotarnine) en solution au 10°, une seringue Pravaz. (*Berl. klin. Wochens.*, 16, 1900.)

Traitement du mélæna des nouveau-nés. — D'après Hochsinger, Lahmer, l'origine peut avoir pour siège les cavités nasales. En pratiquer alors le tamponnement avec de la gaze plongée dans une solution de ferropyrine (mélange de perchlorure de fer et d'antipyrine) au 1/5°. (*Prag. med. Wochensch.*, n° 16, 1900.)

Permanganate de potasse contre l'empoisonnement par l'opium, par Schwartz. — Une femme de 28 ans, atteinte de coliques, absorbe une cuillerée et demie de teinture d'opium. A la malade, plongée dans le coma, Schwartz fait prendre, toutes les cinq ou dix minutes, 50 gr. d'une solution aqueuse de 0,1 : 100 de permanganate. Suivent des vomissements. Le pouls, après l'absorption de 300 gr. étant devenu faible, filiforme, à l'admininistration *per os* est substituée la voie hypodermique, et l'on injecte 1 cent. cube d'une solution de 2/100 de permanganate. Rétablissement prompt. (*Eshenedelnik*, 1899, 42.)

Le rhumatisme et les préparations salicylées, par Aymard. — Les douleurs du rhumatisme articulaire aigu sont surtout *nocturnes ;* c'est alors que le salicylate est efficace. L'auteur emploie souvent à l'extérieur un mélange de menthol, chloroforme, acide salicylique, axonge *loco dolenti*, plus un tissu imperméable par dessus. (*Bulletin médical*, 561, 1900.)

Traitement des chaleurs de la ménopause par les bains chauds, par Gottschalk. — Chaque soir un bain de 40° de 20 minutes. L'amélioration est rapide ; après 26 à 28 bains, guérison. (*Bul. méd.*, 561, 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LUCINA SINE CONCUBITU

Lettre adressée à la Société royale de Londres, dans laquelle il est pleinement démontré, par les preuves tirées de la théorie et de la pratique, qu'une femme peut concevoir et enfanter sans le commerce de l'homme (1).

L'auteur fut conduit à méditer sur ce sujet par le fait suivant : Appelé auprès de la fille d'un gentilhomme, qu'on lui disait être gravement malade, il la trouva en train d'accoucher. Fureur du père qui invective sa fille et sa femme ; indignation de la mère qui injurie le médecin ; accouchement qui ne tarde pas à le justifier ; protestations persistantes d'innocence de la fille. Le médecin rentra chez lui « pensif et rêveur », fit des recherches et des lectures, apprit que Junon devint enceinte seulement pour avoir mangé un morceau de chou que Flora avait cueilli pour elle dans les champs Oléniens (2) ; trouva de savants philosophes qui affirment que les germes dont les animaux sont produits peuvent être avalés avec les aliments ou avec l'air. Virgile dit que c'est chose ordinaire aux juments, de devenir pleines seulement en tournant la tête à l'ouest, et en reniflant le vent de ce côté-là. Pourquoi ce qui arrive à une jument n'arriverait-il pas à une femme ?

Aussi, avec une machine de son invention « merveilleuse, cylindrique, catoptricale, ronde, concave, convexe, dont la planche sera bientôt donnée au public », il réussit à capter les atomes de l'air, les trouva semblables à de petits hommes et de petites femmes, les fit avaler à sa femme de chambre, congédia son laquais et permit à peine « à un chien du genre masculin d'entrer à la maison ». La servante devint enceinte, et, toute bouleversée, demanda six mois plus tard à son maître s'il était possible d'engendrer après trois ans, car elle n'avait été touchée par aucun homme depuis cette époque.

(1) Par Abraham Johnson. Londres, chez J. Wilcox, 1752.

(2) Serait-ce l'origine du dicton populaire : Venu sous une feuille de chou, et du chou qui s'épanouit encore sur l'enseigne de quelques sages-femmes.

Voilà certes une découverte merveilleuse, et voyez les conséquences. D'abord la considération restituée à d'honnêtes filles devenues grosses ; puis l'abolition totale du mariage, « état dont depuis longtemps tout le monde poli se plaint » ; enfin la suppression des maladies vénériennes.

Pour permettre aux dames d'apprécier tous ces avantages, il leur donne audience chez lui en *Hay-Market* de sept ou huit heures du soir jusqu'à minuit.

Il existe une réplique imprimée à la suite, et qui, bien que publiée sous le nom de Richard Roe, est vraisemblablement du même auteur. Elle a pour titre : *Concubitus sine lucina, ou le plaisir sans peine.*

Roe raille agréablement Johnson. « Vous m'entendez assez pour conclure que les dames ne vous choisiront jamais pour leur avocat. Auront-elles tort de ne pas applaudir à votre projet, et doivent-elles avoir bien de l'obligation à un homme qui a trouvé moyen de leur interdire la présence du dieu, qui fait avec raison le plus cher objet de leur culte dans cette opération, et de ne leur laisser que les désagréments de l'effet, sans les faire participer aux plaisirs de la cause. »

Pour lui, il a une idée différente, et se rappelant les récits de Diodore de Sicile, sur l'art possédé par les Égyptiens, de faire éclore les œufs sans le concours des poules, il espère extraire l'œuf, après fécondation selon le mode ordinaire, et le confier, jusqu'à entier développement, à des fours d'une température égale à celle du corps humain. A cet effet, il a pris la chaleur des parties destinées à la formation du fœtus en y introduisant « la balle de son thermomètre », et y a trouvé qu'elle est de 35 degrés et 1/16°. Il constate en passant que celui qui a prescrit « de mettre sous l'aisselle la balle du thermomètre, ne connaissait pas la partie la plus chaude du corps humain ». Ces expériences ont été faites sur les pensionnaires de Mme Douglas.

L'auteur a constaté aussi que l'on peut avoir sur des couches de fumier couvertes de récipients de grandeur variée une température semblable.

Dès lors, rien n'est plus simple ; le germe est fécondé, extrait, mis en étuve, alimenté d'une liqueur « analeptico, alexipharmaco, cardiaco nutritive » jusqu'à son entier développement.

Quant à la recette pour extraire le germe fécondé, ce n'est pas moins facile. Boetius, en son *Traité des pierres prétieuses*, dit que si une femme porte à son bras la *pierre d'aigle*, elle n'aura jamais de fausses couches, mais que si elle l'attache à sa jambe, le fœtus, de tel âge, dans telle circonstance qu'il puisse être, sortira immédiatement du ventre de sa mère. Roe envoya donc chercher « chez tous les jouaillers, à tel prix que ce fut, toutes les *pierres d'aigle* qu'ils pouvaient avoir », installa à Cold-Bath-Filds ses matrices artificielles et y donna rendez-vous aux dames. Celles-ci vinrent en si grand nombre, qu'il se trouva en trois jours « à la tête d'une armée de plus de trois mille embrions ». Mais, hélas! toutes ses espérances furent traversées par la mort successive de ces embrions. « Les uns périrent de l'excès du froid, les autres de l'excès du chaud; le défaut d'air en étouffa plusieurs; sa trop grande abondance en fit mourir un aussi grand nombre. En un mot, de trois mille fœtus, il fut impossible d'en faire vivre un plus de quatre jours ».

Malgré cela, il n'est point découragé, et comparant son système à celui qu'il critique, il le trouve « beaucoup mieux imaginé, et pour l'utilité de l'univers en général, et pour la satisfaction des dames en particulier ».

Quand j'ai commencé à lire cet opuscule, je pensais y trouver une idée sérieuse et quelque tentative de fécondation artificielle pratiquée il y a un siècle et demi, mais tout n'y est que plaisanterie; et si j'en ai parlé ici, c'est à cause de quelques détails curieux, ceux entre autres relatifs à la comparaison des températures vaginale et axillaire, et aussi pour montrer à quelles débauches d'imagination se livraient parfois nos aïeux sur ces sujets délicats.

P. A.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 16 juillet :

1° M. ARTAUD : Quelques observations sur l'emploi clinique de l'héroïne.

2° M. L. GUINARD : Recherches pharmacodynamiques sur la dionine.

Vœu relatif a la création d'un hôpital suburbain de tuberculeux. — Le *Comité médico-chirurgical* des hospices de Lyon, dans sa séance du 6 juillet 1900, émet le vœu que, pour prévenir la contagion de la tuberculose à l'hôpital, toutes les mesures prophylactiques soient prises et régulièrement appliquées, en particulier pour le nettoyage des salles, des escaliers, des couloirs, et pour assurer dans tous les hôpitaux l'usage de crachoirs appropriés et leur désinfection quotidienne.

Quant à l'installation des services de tuberculeux à l'hôpital de la Croix-Rousse, le *Comité* n'en est pas partisan, et considérant l'urgence qu'il y a à installer le plus tôt possible un hôpital *suburbain* particulièrement destiné à l'isolement et au traitement des tuberculeux, invite l'Administration des hôpitaux à faire aboutir les négociations pendantes avec la ville, afin de réaliser dans les bâtiments du Point-du-Jour l'hôpital sus-visé.

Académie de médecine. — Nous apprenons avec la plus vive satisfaction la nomination de M. Lortet comme correspondant national de l'Académie de médecine. — Nous présentons nos plus sincères compliments au sympathique doyen de notre Faculté.

Institut antirabique de Lyon et du Sud-Est. — Personnes traitées à l'Institut antirabique de Lyon et du Sud-Est, pendant le mois de juin :

Ville de Lyon	19
Département du Rhône	1
— de l'Ain	2
— de l'Ardèche	1
— de la Drôme	6
— de l'Isère	2
— du Jura	0
— de la Loire	3
— de la Haute-Loire	1
— de Saône-et-Loire	1
— de la Savoie	0
— de la Haute-Savoie	0
Canton de Genève	1
Total	37

Lyon, le 30 juin 1900.

Le Directeur : Arloing.

Personnes mordues depuis le 2 janvier 1900 : 291.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Cognard, à l'âge de 74 ans. Il exerçait avec distinction la médecine dans notre ville depuis de longues années, et laissera un excellent souvenir à ses malades et à ses amis.

Premier congrès international de la presse médicale (Paris, 26, 27 et 28 juillet 1900). — Le Congrès international de la Presse médicale s'ouvrira le 26 juillet 1900, au pavillon de la Presse, dans l'enceinte de l'Exposition.

Ce Congrès, institué par arrêté de M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, en date du 11 juin 1900, a été organisé sur l'initiative de l'Association de la Presse médicale française, qui, dans sa séance du 4 novembre 1899, a décidé de convoquer, quelques jours avant l'ouverture du Congrès international des sciences médicales, tous les représentants de la presse médicale française et étrangère à une réunion générale où seraient discutés les intérêts moraux et matériels de profession.

Exposition de 1900; les médecins dans le jury de l'exposition universelle de 1900. — Par décret du Président de la République, en date du 15 mai dernier, sont nommés membres du jury de l'Exposition universelle de 1900 ceux de nos confrères dont les noms suivent :

(Les numéros placés entre parenthèses sont ceux des différentes classes du jury).

MM. Berger, professeur à la Faculté de médecine (16); les docteurs Bornet, de l'Institut (III); Prof. Brouardel, de l'Institut (III); Brousse, conseiller municipal (III); Dubois, député (54); Galippe, dentiste des hôpitaux (16); Hartmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine (16); Heim, professeur agrégé à la Faculté de médecine (41); Henneguy, professeur au Collège de France (42); Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux (16); Prof. Le Dentu, de l'Académie de médecine (16); Prof. Marey, de l'Institut (12); Martin, du Comité consultatif d'hygiène (III); Prof. Pinard, de l'Académie de médecine (16); Pozzi, de l'Académie de médecine (16); Prof. Proust, de l'Académie de médecine (III); Regnard, de l'Académie de médecine (5); Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur (III); Roussel, de l'Institut (112); Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine (16); Villejean, député, professeur agrégé à la Faculté de médecine (III); Calmette, directeur de l'Institut Pasteur, à Lille (III); Prof. Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille (41).

Les évadés de la médecine; le naturaliste Haeckel. — M. Maurice Muret, dans les *Débats*, fait l'analyse d'un livre de W. Bœlsèhe sur Ernest Haekel, le grand naturaliste. Nous en détachons l'anecdote suivante : La philosophie est une vocation, mais ce n'est pas une carrière. Les parents d'Ernest Haekel désiraient voir leur fils embrasser une profession déterminée. Haekel fit selon leurs vœux. Il prit son grade de docteur, puis ouvrit à Wurzbourg un cabinet médical. Sur la porte était clouée une pancarte avec ces mots : « Heures de consultations : tous les matins, de cinq à six. » Pendant la première année, — la seule où il exerça l'art médical, — Haeckel prodigua ses soins à trois clients : « Aucun d'eux, dit-il, n'est mort par ma faute. » (*Progrès médical.*)

Mot de la fin. — Comment, docteur, vous faites des vers ?

— Pour tuer le temps, chère Madame !

— Vous n'avez donc plus de clients !!

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juillet.	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent^e		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
1	746	7	743	18	+32.6	14	+12.9	4	77	39	0.0	4.4	28
2	746	7	741	18	+34.8	15	+15.4	4	76	40	0.0	4.5	24
3	746	18	744	7	+20.3	12	+ »	»	96	62	6.7	6.7	22
4	747	18	746	7	+19.8	14	+11.8	6	95	73	37.2	0.5	19
5	750	12	749	7	+19.9	16	+14.3	8	88	79	2.7	2.3	17
6	748	7	745	18	+25.8	13	+13.3	4	76	62	0.8	1.4	19
7	748	7	747	12	+20.9	13	+12.2	4	86	43	1.3	3.9	15

MALADIES RÉGNANTES. — Nous avons cette semaine, à cause des variations de la température, un mélange de maladies estivales et d'affections à frigore.

Comme maladies estivales nous trouvons chez les adultes des congestions cérébrales et un assez grand nombre d'attaques d'apoplexie ; chez les enfants, des méningites, des accidents de dentition, des gastro-entérites. La diarrhée infantile commence à fournir un contingent important dans le tableau des décès.

Comme maladies produites par le froid et les pluies dont nous avons souffert quelques jours, nous avons à mentionner des angines, des amygdalites avec abcès, des bronchites capillaires et des pneumonies dont plusieurs à forme infectieuse.

Parmi les maladies zymotiques, ce sont toujours les fièvres éruptives qui dominent, les rougeoles surtout; les petites véroles qui sont, comme la semaine passée, au nombre de 10 : 1 dans le Ier arrondissement, 3 dans le IIIe, 2 dans le IVe, 3 dans le Ve, 1 dans le VIe. — Les scarlatines, au nombre de 5 : 1 dans le Ier arrondissement, 1 dans le IIIe, 2 dans le Ve, 1 dans le VIe. — Les diphtéries sont nombreuses cette semaine : 3 dans le IIIe arrondissement, 3 dans le IVe, 1 dans le Ve, 1 dans le VIe.

Pas de fièvre typhoïde, mais encore quelques cas d'influenza.

A signaler enfin quelques fièvres puerpérales.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 7 juillet 1900 on a constaté 144 décès :

Fièvre typhoïde ...	0	Broncho-pneumonie	9	Affections des reins.	11
Variole	4	Pneumonie........	5	— cancéreuses..	13
Rougeole	0	Pleurésie........	0	— chirurgicales.	4
Scarlatine.	1	Phtisie pulmonaire.	33	Débilité congénitale	1
Erysipèle..........	0	Autres tuberculoses	0	Causes accidentelles	4
Diphtérie-croup ...	2	Méningite aiguë...	5	Aut. causes de décès	7
Coqueluche........	0	Mal.cérébro-spinale	7	Causes inconnues..	13
Affect. puerpérales.	4	Diarrhée infantile..	7		
Dysenterie	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	2	Naissances	188
Bronchite aiguë....	1	Maladies du foie...	4	Mort-nés........	11
Catarrhe pulmonaire	1	Affections du cœur.	6	Décès...........	144

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY** — *Le Gérant,* **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. PLAN, rue de la Barre, 12.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LA PULPE VACCINALE GLYCÉRINÉE.

Par M. BOISSON,
Médecin-major de 1re classe à l'École du Service de Santé militaire.

L'influence du veillissement sur la conservation des qualités vaccinales de la pulpe glycérinée a été généralement interprétée de la façon suivante :

1° Pendant les six premières semaines après leur préparation, les pulpes vaccinales mises à la glacière gardent intégralement leur virulence spécifique, mais perdent leurs microbes associés, ce qui, tout en assurant la disparition de germes susceptibles de provoquer des accidents à l'occasion de l'inoculation, laisserait au vaccin toute sa valeur.

2° La pulpe conservée à la glacière a perdu totalement sa virulence après une année ; mise à l'abri de la lumière à la température de la cave, elle est à peu près inactive au bout de six mois.

Cette dernière opinion a été vérifiée nombre de fois ; ce n'est pas d'elle que nous occuperons dans ce mémoire. Par contre, il était intéressant de vérifier la première, à l'aide des vaccinations faites en séries espacées avec une préparation vaccinale de même date et de même origine sur des groupes homogènes soumis à l'inoculation à intervalles convenables.

Nous avons pu, en 1899, dans un régiment, grâce à des circonstances favorables, réaliser cette expérience. A notre grand regret, il nous a été impossible de la répéter cette année. Ce sont les résultats obtenus que nous présentons aujourd'hui à la Société de médecine, persuadé qu'en raison de l'épidémie actuelle de variole, ce sujet présente quelque intérêt.

La pulpe vaccinale a été fournie par le centre vaccinogène de l'hôpital militaire du camp de Châlons. Récoltée le 25 février et broyée le 1er mars 1899, elle a été préparée confor-

mément aux prescriptions de la notice n° 3 du règlement sur le service de santé de l'armée.

La génisse était très belle : elle avait été inoculée le 20 février avec une pulpe fraîche provenant de l'Académie de médecine.

Les revaccinations ont été exécutées en séries espacées du 5 mars au 28 avril 1899. Les tubes de pulpe étaient apportés avant chaque séance du laboratoire de bactériologie dont nous étions chargé, où nous les conservions dans une glacière improvisée : seul, le tube consommé le 28 avril a été, avec intention, placé à la température ordinaire quatre jours avant son emploi. Des ensemencements sur gélose ont été effectués chaque fois, dans le but de déterminer la richesse de la pulpe en staphylocoques porcelaines et jaunes.

Les hommes à revacciner passaient à la douche avec savonnage, immédiatement avant la séance. Nous avons nous-même pratiqué toutes les inoculations et procédé aux constatations des résultats. Les inoculations ont été faites par piqûre au vaccinostyle Maréchal sur la région deltoïdienne gauche. A chaque piqûre, l'opérateur avait soin de bien insérer la pulpe sous l'épiderme par un léger mouvement de vrille exécuté le vaccinostyle étant tenu obliquement et la peau bien tendue ; pour chaque sujet on employait un vaccinostyle nouveau, aseptisé par ébullition dans une solution boratée.

Sur un total de 545 revaccinations, trois hommes seulement se sont présentés pour adénite axillaire très légère : aucune complication notable n'a été constatée.

Le tableau suivant donne le détail des opérations et les résultats obtenus.

Date des revaccinations.	Nombre d'hommes revaccinés.	Date des constatations.	Succès.	Proportion pour 100 de succès.	Résultats des cultures.
1re série 5 mars	77	12 mars	57	74	Colonies nombreuses et vigoureuses.
2e série 12 mars	104	19 mars	62	59	Colonies nombreuses et vigoureuses.
3e série 19 mars	134	26 mars	83	61	Colonies moins nombreuses, très peu de colonies jaunes.
4e série 9 avril	110	16 avril	75	68	Colonies moins nombr., moins larges, moins saillantes, rares colonies jaunes.
5e série 20 avril	70	28 avril	29	38	Colonies rares et peu vigoureuses.
6e série 28 avril	44	7 mai	19	43	Colonies très rares.
Totaux..	545		325	59	

Dans la notation des résultats, il a été tenu compte des qualités de l'éruption vaccinale.

Le tableau suivant donne la cote d'appréciation pour chaque séance de constatation des résultats, avec le pourcentage par rapport au nombre des revaccinés.

DATE des constatations.	1re série 12 mars	2e série 19 mars	3e série 26 mars	4e série 16 avril	5e série 28 avril	6e série 7 mai
Très belle éruption .	13	14	15	15	4	3
Pour 100...	16,8	13,46	11	13,6	5	6
Belle.............	20	17	25	18	7	4
Pour 100...	25	16	18	16	9	8
Assez belle	14	20	21	24	8	7
Pour 100...	16	19	15	21	10	15
Éruption chétive....	10	11	22	18	10	5
Pour 100...	12,9	10	16	16	13	11
Insuccès	20	42	51	35	47	25
Pour 100. .	26	41	39	32	62	57
Vaccine rouge......	0	0	0	0	0	0

D'après les deux tableaux précédents, le classement des séries est le suivant.

NUMÉRO de classement.	D'après le total des succès.	Proportion de très belle éruption.	Proportion de belle éruption.	Proportion de assez belle éruption.	Proportion d'éruption chétive.
1er	1re série	Ire série	Ire série	IVe série	IVe série
2e	IVe —	IVe —	IIIe —	IIe —	IIIe —
3e	IIIe —	IIe —	IIe —	Ire —	Ve —
4e	IIe —	IIIe —	IVe —	IIIe —	Ire —
5e	VIe —	VIe —	Ve —	VIe —	VIe —
6e	Ve —	Ve —	VIe —	Ve —	IIe —

La critique des résultats ci-dessus relatés entraîne les conclusions suivantes :

1° La pulpe vaccinale conserve pendant deux mois un degré de virulence très satisfaisant.

2° Pendant le deuxième mois, la virulence est moins élevée que pendant le premier.

3° Avec une pulpe de moins d'un mois, les éruptions vaccinales sont plus belles qu'avec celle âgée de plus d'un mois.

4° Le parallélisme entre le nombre des staphylocoques associés et le degré de virulence d'une pulpe vaccinale semble ne pas exister.

5° L'emploi d'une pulpe très récente n'entraîne aucun inconvénient au point de vue de la production de la lymphangite et des autres complications.

6° Il y a tout intérêt à se servir de la pulpe vaccinale fraîchement préparée, et recueillie aseptiquement sur une région opératoire de génisse bien aseptisée et bien protégée pendant toute l'évolution de l'éruption.

UN CAS D'ADÉNITE TUBERCULEUSE CERVICALE SUPERFICIELLE SUS-MANUBRIENNE.

Par M. Maurice Patel,
Interne des hôpitaux de Lyon, Aide d'anatomie à la Faculté.

Nous avons observé, dans le service de M. Jaboulay, une adénite tuberculeuse, banale dans son évolution, mais un peu particulière au point de vue de sa localisation anatomique, il s'agit d'un ganglion lymphatique, tout à fait superficiel, placé immédiatement sous la peau, immédiatement en avant et un peu au-dessus de la fourchette sternale. Frappé par ce siège anormal, notre maître nous engagea à publier le cas et à rechercher si l'on avait signalé l'existence de ce ganglion, qu'il n'avait jamais rencontré au cours de ses dissections.

Voici tout d'abord l'observation de la malade :

L..., âgée de 24 ans.

Sa mère est morte en couches ; son père mort de tuberculose pulmonaire aiguë ; un frère, une sœur, morts de tuberculose.

Personnellement, la malade n'a jamais eu de signes de tuberculose ; une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 21 ans. Mariée, pas d'enfants, pas de fausses couches. Réglée régulièrement.

Au mois de mars 1900 (il y a deux mois et demi), la malade s'est découvert au niveau de la région sus-sternale une petite grosseur, indolore, du volume d'un pois. Elle resta d'abord stationnaire, puis il y a quelques jours, après un léger malaise général, elle augmenta de volume et la malade vint alors à l'hôpital.

On constate au niveau de la fourchette sternale, exactement sur la ligne médiane, une tuméfaction du volume d'une noisette ; à son niveau la peau est mince, un peu rouge. C'est au toucher que l'on se rend compte de ses rapports ; elle est tout à fait sous-cutanée, mobile sur les plans profonds, mobile sur la peau, sauf au niveau du point un peu aminci ; on peut très bien l'amener un peu en avant du

sternum ; mais au repos elle siège sur le versant antérieur du bord supérieur du manubrium.

Il n'existe pas d'autre suppuration ganglionnaire, mais les ganglions cervicaux sont engorgés et durs.

La tumeur est incisée, il s'écoule un peu de pus crémeux, jaune ; pour ne pas agrandir l'incision, on introduit la curette qui ramène la coque ganglionnaire caséifiée. Après cette ablation assez facile, faite sans anesthésie, les téguments sont souples, rien ne s'écoule par l'ouverture.

La malade, revenue à l'hôpital, a une cicatrice presque invisible.

La clinique semble être restée muette jusqu'ici au sujet de cette variété d'adénite ; il n'est fait mention d'aucun cas analogue, croyons-nous, dans les publications françaises datant de ces dix dernières années.

Nous n'avons trouvé dans les classiques que des cas d'adénites cervicales prétrachéales, ou bien des faits plus rares d'adénites placées en arrière de l'aponévrose superficielle ; ils sont tout différents, comme nous le verrons, de l'adénite que nous signalons.

Nous avons recherché si, dans l'anatomie normale des ganglions lymphatiques, il existait une description de ce ganglion.

En nous reportant aux planches magistrales de Mascagni, voici ce que nous avons trouvé. Dans la planche 21, l'auteur ne figure que des ganglions profonds, les uns en avant du corps thyroïde, l'un très net en avant de la trachée ; d'autres de chaque côté de la trachée, en dedans de la carotide, sous la clavicule. Dans la planche 24, un ganglion plus superficiel est représenté en avant des sterno-thyroïdiens, dans l'angle formé par l'écartement des chefs sternaux des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Ce ganglion ne semble pas correspondre à celui que nous avons observé, car il est situé en arrière des aponévroses cervicale superficielle et moyenne, et son évolution, en cas d'infection tuberculeuse, aurait été bien différente. Enfin, dans la planche 26, Mascagni figure un ganglion placé au voisinage du tronc brachio-céphalique, ganglion qui reçoit des lymphatiques superficiels placés en avant de l'extrémité interne de la clavicule ; ceux-ci occu-

pent bien le siège du ganglion sus-manubrien, mais aucun renflement ganglionnaire n'est représenté.

Bourgery décrit bien un chapelet ganglionnaire prélaryngé et prétrachéal allant se jeter à l'extrémité inférieure du groupe jugulaire, mais il ne s'agit que de ganglions profonds. Sur la planche 84, il figure des ganglions derrière la sous-clavière, un autre derrière le sternum ; ce ganglion est tout à fait profond, rétrosternal, et certainement inaccessible à l'exploration, même en cas d'hypertrophie. Sur la planche 87, il n'est représenté que des ganglions pré ou parathyroïdiens,

Cloquet (planches 284, 286 et 288) représente toujours les mêmes ganglions, autour de la trachée, ou près de la veine sous-clavière droite.

On ne trouve pas non plus de ganglions cervicaux superficiels dans l'Atlas de Bonamy, Beau et Broca, dans l'Atlas de Sappey, dans l'Anatomie de Gray. Ces auteurs se conforment aux descriptions précédentes.

Tillaux signale des ganglions lymphatiques situés en arrière de l'aponévrose cervicale moyenne, et qui, en cas d'hypertrophie, peuvent comprimer la trachée.

Plus récemment, Gegenbauer (1889) distingue les ganglions du cou en ganglions profonds et ganglions superficiels. Ces derniers comprennent cinq ou six ganglions recouverts par le peaucier ; ils sont situés les uns sur la face antérieure, d'autres contre le bord postérieur du sternomastoïdien.

Toldt n'en figure pas d'autres.

M. le professeur Testut dit plus simplement que les ganglions cervicaux superficiels se groupent autour de la jugulaire externe ; il nous a dit n'en avoir jamais rencontré au siège que nous lui précisions.

Nous avons réservé en dernier lieu la description que donne Paulet des ganglions situés au-dessus du sternum. Dans son étude sur la région sous-hyoïdienne, cet auteur signale deux ou trois ganglions lymphatiques, situés dans l'espace sus-sternal, formé suivant lui, et la plupart des auteurs, par un dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle ; suivant d'autres (Gruber, Poirier), par l'aponévrose cervicale superficielle en avant et l'aponévrose cervicale moyenne

en arrière. Ces ganglions recevraient des lymphatiques, qui suivant le segment horizontal de la veine jugulaire antérieure, dans son passage à travers un diverticule de l'espace sus-sternal, ou cul-de-sac de Gruber (Bérard).

Ces ganglions ne semblent pas répondre très exactement au siège de l'adénite que nous signalons. Tout d'abord ils ne sont pas exactement médians, puisque Paulet admet la formation à peu près constante de la ligne blanche, c'est-à-dire un épaississement médian dû à l'adhérence des deux aponévroses cervicales, superficielle et moyenne. De plus, ils siègent un peu au-dessus du manubrium, ne reposent pas sur lui, puisque l'injection de l'espace montre un intervalle de plusieurs millimètres entre le manubrium et lui dans l'angle formé par les sterno-hyoïdiens. Situés nettement en arrière d'une aponévrose et de plans cutanés, ils auraient plus de tendance, semble-t-il, à se développer en arrière du sternum, au lieu de venir s'ouvrir à l'extérieur. Ils le font cependant quelquefois, mais alors la cicatrice qu'ils laissent est des plus nettes ; au lieu d'être lisse, comme dans notre cas, et presque invisible, elle est creusée profondément, semble filer derrière le sternum ; c'est qu'alors la peau est adhérente au feuillet postérieur de l'espace sus-sternal. M. Jaboulay en a observé un cas ; la cicatrice était semblable à celle d'un kyste congénital ou d'une fente branchiale, et se perdait en arrière de la fourchette sternale.

Dans notre cas, il s'agit d'un ganglion médian, tout à fait sous-cutané ; la curette conduisant dans une cavité bien limitée, sans toucher au sternum, sans avoir tendance à se laisser diriger en arrière ou latéralement ; elle s'arrêtait contre une cloison qui ne pouvait être que la ligne blanche.

On peut ainsi distinguer plusieurs variétés d'adénites sus-sternales (Voir figures) :

Les unes, *adénites sus-sternales superficielles*, situées en avant de l'aponévrose cervicale superficielle et du manubrium, ne laissant qu'une cicatrice peu profonde.

Les autres, *adénites sus-sternales moyennes*, situées dans l'espace sus-sternal de Paulet et de Gruber, s'ouvrant en arrière, mais souvent aussi à la peau, en laissant une cicatrice déprimée, plongeant derrière le sternum, souvent plus encore que ne le représente la figure 1.

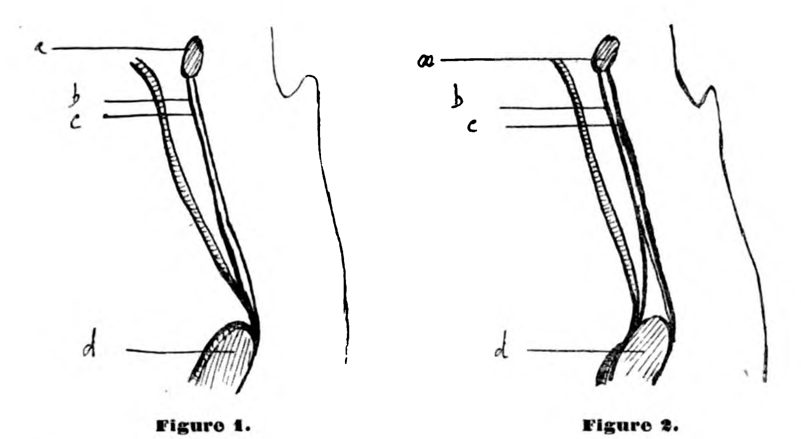
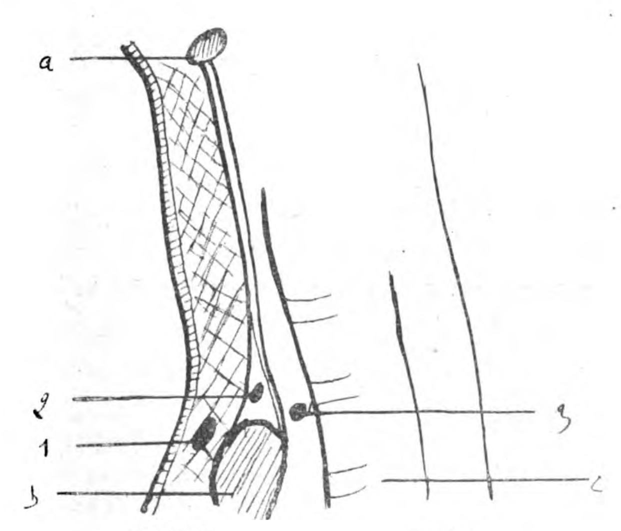


Figure 1. Figure 2.

1. — Cicatrice d'une adénite sus-membraneuse superficielle.
(Il existe un cul-de-sac quelquefois plus marqué encore, tout à fait rétro-sternal).
2. — Cicatrice d'une adénite moyenne du creux sus-sternal.

a, os hyoïde ; — *b*, aponévrose cervicale superficielle ; — *c*, aponévrose cervicale moyenne ; — *d*, sternum.



Variétés d'adénites sus-sternales.

1. — Adénite superficielle.
2. — Adénite moyenne (creux sus-sternal).
3. — Adénite profonde ou prétrachéale.

a, os hyoïde ; — *b*, sternum ; — *c*, trachée.

Les autres, *adénites sus-sternales profondes* ou *prétrachéales*, comprimant la trachée, s'ouvrant très rarement à l'extérieur, le plus souvent dans le médiastin.

Les ganglions profonds sont constants; les moyens se trouvent 1 fois sur 5 (Paulet) ; le ganglion superficiel n'a pas été signalé. Sa présence constitue peut-être une simple anomalie, sur le trajet des voies lymphatiques superficielles figurées par Mascagni, Toldt et la plupart des auteurs. Cependant l'étude des ganglions géniens, signalés sur le vivant la première fois par M. le professeur Poncet, retrouvés sur le cadavre par M. Jaboulay, montre bien qu'une lésion, en exagérant le volume d'un organe, joue le rôle d'une injection vasculaire, c'est-à-dire révèle parfois à l'anatomiste ce qui avait passé inaperçu. C'est ainsi que les adénites géniennes sont incontestées, et M. Thévenot a pu en présenter une étude d'ensemble (*Gazette des hôpitaux*, 1900). C'est ainsi que l'on a décrit récemment des ganglions dans la cavité de Retzius, inconnus jusque-là.

Nous ne faisons que signaler ce cas d'adénite sus-sternale ou sus-manubrienne superficielle, suivant l'expression de M. Jaboulay, attendant d'autres observations et des recherches plus approfondies pour confirmer l'existence de ce ganglion que vient de révéler la clinique, si féconde en surprises.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 9 juillet 1900. — Présidence de M. Horand.

SURDITÉ TOTALE PAR LÉSION DE LA 8e PAIRE.

M. Collet. Je regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance pour y entendre l'intéressante observation communiquée par M. le Dr Bernard. J'ai vu avec plaisir qu'il avait recherché la réaction électrique du nerf auditif, genre d'exploration qu'on pratique rarement dans les affections nerveuses et qui peut rendre les plus grands services.

La réaction électrique du nerf auditif ne se produit dans les conditions normales que sous l'influence d'un courant très fort, et difficilement supportable, atteignant 10 ou 15 milliampères. Souvent même on ne peut l'obtenir, malgré l'emploi des courants dépassant 25 milliampères, dans 40 p. 100 des cas d'après mes recherches. Dans les affections de l'oreille

moyenne, surtout dans ses affections inflammatoires, l'excitabilité augmente et la réaction s'obtient en général. Enfin, dans les affections organiques du cerveau ou des méninges, l'hyperexcitabilité devient très considérable : on obtient la réaction avec un courant d'une intensité très faible, un demi-milliampère par exemple. Ces variations de l'excitabilité électrique du nerf acoustique sont absolument indépendantes des variations de son excitabilité fonctionnelle ; ainsi l'ouïe peut être abolie ou conservée. Il s'agit probablement d'un trouble de la nutrition du nerf, peut-être par l'intermédiaire de la circulation. Il est regrettable que cette épreuve ne puisse aider au diagnostic différentiel, entre une tumeur cérébrale et une méningite, posé ici par M. Bernard, car nous ignorons si la réaction résulte de l'excitation du nerf dans sa continuité ou de l'excitation de ses terminaisons dans le limaçon, et parce que, d'autre part, ainsi que l'a montré Steinbrugge, les tumeurs cérébrales, aussi bien que les méningites, peuvent retentir sur l'oreille interne en respectant le nerf acoustique.

A l'unanimité des membres présents, sont nommés : membre titulaire de la Société de médecine, M. le docteur Garel ; membre correspondant, M. le docteur Dufourt (de Vichy).

EFFETS DU VIEILLISSEMENT DE LA PULPE VACCINALE.

M. Boisson, médecin-major, fait une communication sur les effets du vieillissement de la pulpe vaccinale.

(Voir page 397.)

M. Horand demande à M. Boisson quelques renseignements complémentaires sur la date de la cueillette et sur la composition de la pulpe vaccinale.

M. Boisson répond que la cueillette sur la génisse avait été faite le cinquième jour, que la pulpe avait été additionnée uniquement de glycérine et n'avait subi aucune adjonction de sucre.

M. Horand, ayant entendu reprocher au vaccin municipal de Lyon son peu d'activité chez les nouveau-nés, demande à M. Boisson s'il a eu l'occasion d'employer sa pulpe vaccinale sur des sujets âgés de quelques jours seulement.

M. Boisson répond qu'il l'a expérimentée avec succès sur des enfants très jeunes, mais non sur des sujets tout nouvellement nés.

M. Delore croit que l'insuccès qu'on a signalé chez les nouveau-nés est moins le fait du vaccin lui-même que de l'hémorragie qu'on provoque très facilement chez ces sujets à peau rouge et à capillaires dilatés ; le sang en s'écoulant entraîne le vaccin qu'on a eu la prétention d'inoculer. En conséquence, M. Delore estime que, dans l'espèce, le mode d'insertion de la pulpe vaccinale a une grande importance : il ne faut pas vacciner par scarifications, mais par simples ponctions, et encore faut-il avoir soin de ne pas employer une lancette trop effilée.

M. Boisson partage l'opinion de M. Delore et croit que la petite manœuvre qu'il a indiquée dans son mémoire (mouvement de vrille imprimé au vaccinostyle) a pour résultat certain d'éviter la production de toute hémorragie.

M. Aubert fait remarquer que l'insuccès fréquent des vaccinateurs chez les nouveau-nés avait été très souvent noté, du temps où les vaccinations se pratiquaient de bras à bras. La qualité du vaccin paraît donc être hors de cause. Ne pourrait-on pas admettre que, pendant les premiers jours de la vie, l'enfant fait encore partie, en quelque sorte, de l'organisme maternel et partage les immunités dont celui-ci bénéficie ?

M. Marduel a très souvent constaté des insuccès chez les nouveau-nés, et cela aussi bien aujourd'hui qu'autrefois, avec la vaccine humaine comme avec la vaccine animale ; mais le nombre des insuccès diminue à mesure qu'on s'éloigne de la date de la naissance ; ainsi les vaccinations faites dans la cinquième semaine de la vie donnent beaucoup plus de succès que celles qui sont pratiquées pendant la première semaine. Cela vient tout à fait à l'appui de l'hypothèse si ingénieuse émise par M. Aubert.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 6 juin 1900 — Présidence de M. Vallas.

M. Vallas annonce l'envoi à la Société du rapport des Sociétés savantes de Lyon à l'Exposition ; il contient une notice sur la Société des sciences médicales.

TUMEUR BÉNIGNE DU CORPS THYROÏDE SITUÉE A LA FACE POSTÉRIEURE DU LOBE LATÉRAL DROIT ; ÉNUCLÉATION INTRA-GLANDULAIRE APRÈS SECTION DU CORPS THYROÏDE.

M. Patel, interne des hôpitaux, présente à la Société une tumeur bénigne thyroïdienne, dont l'extirpation pratiquée par M. Jaboulay, le 6 mai 1900, a donné lieu à quelque difficulté.

Elle a le volume d'une grosse noix ; sa consistance était un peu molle ; elle était entourée d'une capsule fibreuse, très dure. A l'intérieur, on trouve une masse friable, sans consistance aucune, formée vraisemblablement par des caillots fibrineux.

Cette tumeur avait débuté, il y a trois ans, sur une jeune femme de 30 ans ; elle s'était accrue progressivement du côté droit de la région cervicale, sans amener de troubles fonctionnels bien accusés. Pas de douleur, pas de troubles sym-

pathiques; il y avait cependant, par moments, une légère dyspnée. A l'examen de la malade, on constatait une hypertrophie du corps thyroïde, nettement localisée dans son lobe droit; la palpation faisait sentir une masse un peu dépressible ; il n'existait pas de fluctuation véritable.

La malade fut opérée, après incision sur la ligne médiane des plans superficiels ; la capsule thyroïdienne, très vasculaire, fut elle-même incisée. Cherchant un plan de clivage pour pratiquer une énucléation intra-glandulaire, M. Jaboulay commença à inciser le corps thyroïde, au point le plus saillant; après quelques essais, le plan de clivage n'était toujours pas trouvé ; le lobe droit du corps thyroïde apparaissait très hypertrophié, un peu plongeant derrière le sternum; la section était très vasculaire.

Il semblait ne pas exister de noyau néoplasique et l'on pensait être en présence d'un goitre charnu ; cependant avant de se décider à pratiquer la thyroïdectomie partielle, M. Jaboulay incisa franchement le corps thyroïde , et c'est tout à fait à la face postérieure du lobe droit qu'il trouva, appliquée contre la face externe de la trachée, la tumeur présentée. L'extirpation fut très simple, le plan de clivage étant des plus nets. Le corps thyroïde fut compris dans la suture hémostatique ; l'opération se termina sans incident.

Le point particulièrement intéressant de cette observation réside dans le manuel opératoire lui-même, que commandait le siège du néoplasme. Il est rare que les tumeurs bénignes du corps thyroïde, kystiques ou autres, ne soient pas situées presque immédiatement sous la capsule de la glande, à la face antérieure, et d'habitude il suffit d'incisions thyroïdiennes peu profondes pour mettre le noyau à découvert; c'est du moins ce que l'on peut dire après la lecture des nombreuses observations d'énucléations intra-glandulaires de l'école lyonnaise. On conçoit très bien pourtant que les tumeurs peuvent aussi venir faire saillie à la face postérieure.

Il faut donc exagérer encore le principe qui veut que dans les tumeurs thyroïdiennes on recherche un noyau énucléable. Comme le répète souvent M. Jaboulay, il faut oser inciser le corps thyroïde, et cette incision doit comprendre non

seulement les plans superficiels, capsulaires, mais aussi les plans profonds, glandulaires.

L'incision transhyoïdienne est seule possible dans ces cas; l'on pourrait aussi faire le renversement du corps thyroïde, soit de dehors en dedans, soit de haut en bas; pour explorer sa face postérieure, cette manœuvre est incomplète et dangereuse en raison des déchirures possibles des pédicules vasculaires. L'incision du corps thyroïde s'accompagne d'une hémorragie assez forte, mais elle est facilement arrêtée par la suture. C'est grâce à cette exploration du corps thyroïde que l'on peut éviter au malade une thyroïdectomie partielle, toujours grave, et le faire bénéficier d'une énucléation intra-glandulaire, intervention simple, véritablement curatrice.

M. Vallas, à ce propos, constate la supériorité de l'énucléation intraglandulaire sur les autres procédés opératoires; l'exothyropexie est rarement nécessaire, nécessite un traitement ultérieur très long et expose à des complications suppurées médiastinales.

ABLATION DE LA MOITIÉ DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR DANS UN CAS DE CANCER.

M. Bayle, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Vallas un malade chez qui on a pratiqué l'ablation de la moitié du maxillaire inférieur, pour cancer avec envahissement des parties molles de voisinage. La réunion, rendue difficile par la grandeur de la brèche, se fit grâce à un lambeau triangulaire, pris aux téguments de la partie inférieure du cou. La tumeur, ulcérée depuis quinze jours, avait succédé à un cancroïde de la lèvre opéré antérieurement.

M. Vallas insiste sur les dimensions énormes de la tumeur et montre la tumeur enlevée. La récidive s'est faite sous les ganglions maxillaires, a envahi le périoste du maxillaire et a fait saillie dans la bouche, avec envahissement de la joue.

En pareil cas, faut-il ou non opérer?

L'intervention est fort grave; mais ici les douleurs et l'état psychique du sujet ont porté à intervenir, la tumeur était bien enlevable en totalité et largement, mais comment combler la perte de substance?

Comme la région de la joue et la région sous-hyoïdienne étaient envahies, le rapprochement était illusoire. La peau de la région inférieure pouvait seule être utilisée.

Après avoir attaqué la tumeur en avant, puis en arrière, on fit la sec-

tion médiane du maxillaire inférieur, la tumeur fut luxée en dehors; l'artère linguale et la faciale furent liées. A la partie postérieure la tumeur fut facilement clivée au doigt. La commissure des lèvres fut respectée, fait important pour le sphincter buccal. Comme veines, M. Vallas lie la veine jugulaire externe dans la parotide et le tronc thyro-lynguo-facial. Naturellement le nerf facial fut sectionné dans la parotide.

Autoplastie. L'incision médiane du cou fut prolongée sur la poitrine, puis une incision dirigée du côté de la mamells au ras du sternum; le S. C. M. sectionné au ras du sternum et de la clavicule constitua une doublure pour le lambeau et il fut suturé à la lèvre, constituant ainsi un orbiculaire. Comme la tête a été déviée de l'autre côté par suite de la section du S. C. M., on appliqua un appareil plâtré ramenant la tête du côté de la lésion.

Valeur thérapeutique. — L'opération est donc possible, mais est-elle utile? Elle donne beaucoup de schok, dû non à la perte de sang (elle n'est pas bien considérable), mais aux sections nerveuses multiples, notamment des nerfs crâniens, d'où ébranlement du système nerveux. Le malade était pâle, refroidi après l'intervention; on lui fit du sérum artificiel.

Il y a à craindre plus tard la pneumonie d'origine buccale; pour M. Vallas la mortalité serait d'environ 40 pour 100.

Quant à la récidive, il faut attendre; en tout cas la tumeur a été enlevée aussi largement que possible (2 à 3 centimètres de zone saine de tous les côtés.

SUR LA COQUE DU LEVANT.

M. GUINARD présente un travail fait avec M. DUMAREST sur la coque du Levant et son principe actif, la picro-toxine, qui est un poison bulbaire. Il relate les expériences faites pour chercher les médicaments antagonistes.

M. Guinard rappelle à ce propos les recherches antérieures de Crichton-Browne qui montre l'action bienfaisante du chloral, d'Amaga, de Vulpian, de Plana. Comme les opinions des divers expérimentateurs sont assez dissemblables sur les antidotes de la picrotoxine, la question est à étudier.

De nos expériences il résulte que le cobaye et le lapin sont mieux influencés par la morphine, tandis que le chloral est préférable chez le chien.

MM. Guinard et Dumarest ont aussi expérimenté le chloroforme, l'éther et le bromure d'éthyle. De leurs expériences il résulte que :

Le *chloral* calme les accès convulsifs, mais donne des menaces de syncopes très dangereuses, très difficiles à éviter.

Le *chloroforme* donne encore plus de chances de syncope.

L'*éther* est bien moins dangereux ; il calme les crises ; mais on ne peut maintenir assez longtemps l'anesthésie pour permettre l'élimination du poison

Le *bromure d'éthyle* a une action trop passagère.

L'*amylène* a une influence presque nulle.

L'*apomorphine amorphe* agit seulement pendant quelques minutes, puis les accidents picrotoxiniques emmènent le malade.

La *morphine*, à action bulbaire tardive, doit être employée à hautes doses, toxiques par elles-mêmes ; la mort arrive habituellement.

Chez le chien, le *chloral*, en injections veineuses surtout, mais même en injections hypodermiques et en lavements, donne un sommeil lourd et l'animal a le temps d'éliminer la picrotoxine ; mais il faut renouveler les doses de chloral.

Le *chloral associé à la morphine* agit moins bien que le chloral pur chez le chien, et mieux chez le cobaye ; mais pour l'homme il vaut mieux se baser sur l'expérimentation canine.

Les faits cliniques montrent les bons effets du chloral chez l'homme.

L'*atropine* paraît peu agir.

La *chloralose* ne donne pas de bons résultats.

Donc :

1° On peut calmer les crises avec les divers anesthésiques diffusibles, surtout avec l'éther dans les cas légers ; le chloroforme donne des syncopes. Mais les crises reparaissent bientôt.

2° L'apomorphine, l'aconitine ne donnent rien.

3° La morphine ne calme pas les accès et ne peut les prévenir.

4° L'atropine constitue un faux antagoniste, mais peut rendre des services dans les cas légers.

5° Le chloral est le meilleur antidote ; injecté dans les veines, il calme les crises ; parfois une seule dose suffit.

6° Le chloral associé à la morphine réussit moins bien.

7° Il faut, en cas d'empoisonnement, intervenir très promptement ; parfois les accidents paraissent avoir une

allure lente, mais brusquement surviennent des phénomènes graves, mortels.

8° Le permanganate de KOH, qui neutralise la picrotoxine *in vitro*, ne réussit pas sur l'animal. On peut le recommander néanmoins, si on croit qu'il reste quelque chose dans l'estomac.

Le Secrétaire annuel, Dr SARGNON.

REVUE DES LIVRES

Des albuminuries curables, par J. TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 96 pages, 1900.

Depuis que la notion des albuminuries non brightiques a commencé à pénétrer dans les sphères des praticiens, le besoin de mieux connaître ces cas favorables à l'intervention du médecin s'est fait vivement sentir. On sait quelle part importante a prise M. le professeur Teissier dans l'étude de ces variétés d'albuminuries. Nul n'était mieux désigné que lui pour entreprendre dans une monographie récapitulative la discussion de l'importante question de la curabilité des albuminuries. Parrain avec Pavy, depuis 1884, de l'*Albuminurie intermittente cyclique des jeunes sujets*, auteur des remarquables travaux sur les albuminuries dites *physiologiques*, sur les albuminuries *prétuberculeuses*, *prégoutteuses*, *hépatogènes*, *d'origine intestinale*, *orthostatique*, M. le professeur Teissier s'est depuis longtemps adonné avec passion à l'étude de ces attachantes questions. Grâce à la collection de son regretté père B. Teissier, il a pu aussi, en suivant pendant longtemps les malades de son père, étudier les *suites éloignées* des albuminuries.

Le travail de l'auteur est divisé en deux parties. Dans la première sont passées en revue les diverses variétés des albuminuries *fonctionnelles* qu'on peut ranger sous quatre chefs : 1° les albuminuries intermittentes, irrégulières, dites des sujets en apparence bien portants ; 2° les albuminuries des adolescents, généralement intermittentes et cycliques ; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique ; 4° les albuminuries d'ordre névropathique.

Les albuminuries des sujets en apparence bien portants,

qui est avant tout une albuminurie de fatigue, ne comporte pas une symptomatologie à elle spéciale; ici appartient l'albuminurie physiologique de Gigon, de Senator, de Spiegler. L'albuminurie intermittente cyclique des adolescents est le résultat de troubles fonctionnels symptomatiques d'une dyscrasie naissante, héréditaire; l'albuminurie familiale, l'albuminurie prégoutteuse entrent dans cette catégorie. Une suractivité fonctionnelle du foie n'est pas étrangère à sa production. Les albuminuries digestives comprennent celle d'origine gastrique proprement dite, l'albuminurie hépatogène qui peut être prégoutteuse, ou due à une insuffisance fonctionnelle du foie ou à une auto-intoxication, et l'albuminurie d'origine intestinale. Enfin, des albuminuries névromotrices font partie de l'albuminurie d'origine nerveuse, celle des épileptiques, et l'albuminurie de la station debout ou orthostatique récemment individualisée par l'auteur et dont M. Bourcy vient encore de souligner l'intérêt. Un petit chapitre est consacré au pronostic général des albuminuries intermittentes ou fonctionnelles, et à ses rapports avec l'assurance sur la vie.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie la curabilité des *albuminuries rénales ou brightiques*, en envisageant à ce point de vue plus spécialement les albuminuries prétuberculeuse, variolique, syphilitique, paludique, rhumatismale et la plupart des autres néphrites infectieuses. Il s'arrête plus longuement sur les signes et les présomptions de guérison, sur les conséquences éloignées des néphrites infectieuses et sur les albuminuries résiduales, cicatricielles, de même que sur les néphrites parcellaires. Un intérêt particulier s'attache à la curabilité des albuminuries des néphrites chroniques dont l'auteur rapporte une statistique personnelle et un résumé de neuf observations des plus intéressantes; parmi les néphrites chroniques les plus favorables au point de vue du pronostic, sont les néphrites calculeuses et rhumatismales.

Nous ne pouvons songer à résumer un travail qui, dans sa concision, n'est qu'un résumé très écourté de l'œuvre de M. le professeur Teissier dans le domaine de la pathologie rénale. Bien que l'auteur se défende de faire œuvre d'érudition, ceux qui ont contribué à l'édification de la notion de la curabilité des albuminuries trouveront leurs efforts appré-

ciés à leur juste valeur. Très personnel, très vécu, le nouvel ouvrage est marqué au coin de cette originalité d'esprit qui distingue à un si haut degré tout ce qui sort de la plume de ce maître. H. F.

Superstition, crime et misère en Chine, par le docteur J.-J. MATIGNON, médecin aide-major de 1re classe, attaché à la Légation de France en Chine, ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux. Un vol. grand in-8 avec 66 figures dans le texte et 6 planches hors texte en couleurs, de la Bibliothèque de criminologie. — 10 fr., le même sur grand papier, 15 fr.

La Société chinoise est encore très fermée à l'Européen ; le missionnaire et le médecin, mieux que personne, peuvent arriver à la pénétrer un peu. L'hôpital français du Nang-Tang où l'auteur a vu défiler chaque année un nombre considérable de patients, a été pour lui un champ d'études morales et sociologiques d'une valeur inappréciable.

Ces observations tirent des circonstances actuelles un nouvel intérêt et bien des événements qui se déroulent à cette heure en Extrême-Orient s'éclaireront pour tous ceux qui, à la suite du docteur Matignon, étudieront cette Chine dont on parle tant sans la connaître, et dont ce livre d'observation personnelle et de documentation rigoureuse découvre bien des aspects.

Du traitement des fractures compliquées des extrémités articulaires inférieures des os de la jambe, par le docteur Félix VIAL. Thèse de Lyon. 1899.

L'auteur formule les conclusions suivantes :

Dans les cas d'arrachement malléolaire avec ouverture de l'articulation et dans ceux de fracture bi-malléolaire aggravée de la même complication, la conduite à tenir nous paraît être la suivante :

1° Si l'on est appelé immédiatement après l'accident, et alors que la plaie ne paraît pas infectée, on pourra tenter la conservation en pratiquant simplement l'immobilisation après réduction et désinfection des fragments.

La suture osseuse a été pratiquée avec succès dans des cas bénins. Si on y a recours le foyer traumatique sera laissé très largement ouvert et drainé. En tout cas, cette conduite

n'est permise qu'à un chirurgien expérimenté, et sur un malade que l'on peut suivre de très près. En principe, et à de très rares exceptions, M. le Prof. Poncet est partisan d'une résection, dite de drainage, permettant entre les fragments un intervalle suffisant pour n'avoir pas de rétention.

2° Si le foyer de la fracture est suspect ou entaché d'infection (température, frisson, état général), on devra soit enlever l'astragale seul pour drainer l'articulation si les malléoles semblent pouvoir être conservées, soit, plus rarement, se contenter de l'ablation des malléoles si des fractures comminutives ou leur état d'infection en rendent la conservation impossible.

3° La résection tibio-tarsienne totale (ablation de l'astragale et des malléoles) peut s'imposer dans ces fractures :

a) Immédiatement, si, avec une fracture malléolaire comminutive coexiste une fracture ou luxation de l'astragale.

b) Dans d'autres circonstances cette résection totale deviendra nécessaire après quelques jours de tentatives de conservation, si l'articulation est infectée ainsi que l'appareil malléolaire. Cette résection pourra être faite en deux temps en commençant, soit par l'astragalectomie, soit par l'ablation de la mortaise.

Dans les fractures spiroïdes compliquées, et avec communication articulaire, il suffira d'ordinaire de pratiquer dans le foyer de fracture la résection des fragments en conservant le plateau articulaire.

Mais si l'articulation est infectée, la question d'une résection tibio-tarsienne totale pourra se poser.

Jusqu'ici on avait beaucoup accusé l'ablation des malléoles de laisser ultérieurement trop de laxité latérale dans la néarthrose tibio-calcanéenne : des cas que nous avons pu observer, nous croyons pouvoir conclure que cette opinion n'est pas toujours exacte. Les résultats obtenus par la résection totale nous ont conduit à penser que toutes les fois que l'appareil malléolaire doit être sacrifié il y a peut-être avantage à enlever l'astragale.

Cette résection totale s'accompagne sans doute d'un rétrécissement un peu plus marqué que la résection semi-articulaire supérieure pratiquée isolément ; mais, tandis que le résultat idéal, non toujours atteint, de cette dernière, est

une ankylose solide, celui de la résection totale est une néarthrose mobile bien moins compromettante pour la statique ultérieure du membre.

REVUE DES JOURNAUX

Granulome trichophytique de Majocchi. — L'auteur a observé quelques cas de cette forme spéciale de dermatite trichophytique que Majocchi a le premier décrite sous le nom de granulome trichophytique.

Après un rapide coup d'œil jeté sur la littérature qui se rapporte à cette affection, l'auteur communique trois cas, dont le premier concerne une paysanne de 20 ans qui présentait sur le cuir chevelu des plaques en forme d'arcs et de médaillons d'herpès tonsurant érythémato-squameux. Ces plaques étaient surtout apparentes à la lisière des cheveux ; au vertex et dans la région occipitale il y avait des nodosités disséminées demi-sphériques (du volume d'un grain de chenevis à celui d'une noisette), rouges, brillantes, tendues et presque complètement dégarnies de cheveux. Quelques-unes de ces nodosités étaient le siège d'une fluctuation évidente, d'autres étaient consistantes, pâteuses, mais non dures. Le début de ces nodosités remontait à 8 mois. La famille attribuait l'origine de cette affection au contact avec des bestiaux malades.

Dans le second cas il s'agissait d'un jeune paysan de 9 ans qui, outre un foyer trichophytique de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent situé sur la face antérieure de l'avant-bras droit, ne présentait sur le cuir chevelu qu'une petite nodosité de forme allongée; la peau sus-jacente était intacte, rouge rose, brillante, tendue.

Le troisième cas (petite fille de 7 ans) était caractérisé non pas tant par des nodosités que par des plaques infiltrées, dures, non saillantes dans la région de la nuque.

Ces différents caractères macroscopiques ne sont en réalité que des manifestations diverses de la maladie, plus apparentes que réelles. En fait, le granulome commence sous forme de petites élevures semblables à du milium ou analogues à des lentilles, aplaties, rouges, et dont la peau susjacente est brillante, sans poils et sans aucune desquama-

tion. Au bout de quelques jours le granulome augmente de volume, devient pâteux et plus tard mou et fluctuant; la peau sus-jacente devient raide, rouge foncé, presque cyanosée.

Le granulome ramolli et liquéfié peut s'ulcérer; mais la sécrétion ne ressemble en rien au pus; elle est en très grande partie formée de sang et de détritus ramolli, rouge gris. Ensuite la nodosité s'affaisse, la peau se ride et au milieu il se forme une petite croûte rouge brun qui recouvre l'ouverture qui a donné issue au liquide.

En résumé, dans ce granulome trichophytique on constate l'état suivant :

La couche de Malpighi n'est nullement atteinte au début du processus. La porte d'entrée est constituée par des follicules qui sont altérés dans toute leur étendue. Les poils présentent les modifications bien connues des poils trichophytiques. Les gaines de la racine et du follicule présentent, tant que le granulome est encore jeune, dans leur partie supérieure, une certaine résistance à la pénétration du parasite. Dans le tiers inférieur du follicule et dans la papille le processus est beaucoup plus avancé et va jusqu'à la suppuration. Dans les couches profondes du derme il se produit un tissu de nouvelle formation avec tous les caractères du granulome.

L'examen histologique montre que le trichophyton est l'agent pathogène de ces lésions. Le tissu élastique qui, dans les expansions terminales et dans le réseau sous-papillaire, reste intact, est altéré dans la partie moyenne du derme, jusqu'aux points extrêmes de l'inflammation et disparaît complètement à l'intérieur du granulome.

Des trois cas qu'il a observés et de ses recherches l'auteur déduit les conclusions suivantes :

Il existe une complication clinique de l'herpès tonsurant qui se distingue du kériou et du sycosis; elle forme des nodosités arrondies ou aplaties de coloration rouge rose, parfois cyanosées, disséminées ou plus fréquemment confluentes en chaînettes, à développement très lent, avec tendance au ramollissement, mais ne se terminant jamais par suppuration.

La structure histologique de ces nodosités diffère de celle

des nodosités formées par une folliculite inflammatoire et ressemble à celle des granulomes.

L'agent étiologique est le trichophyton qui se trouve à l'intérieur du granulome sous forme d'hyphes et de spores. (*Archiv f. Dermatol. u. syphilis*, 1898, t. XLII, p. 15.)

De la présence des bacilles diphtériques sur la muqueuse buccale des individus bien portants. — Les recherches de l'auteur, le docteur Kober, ont été faites sur deux espèces de sujets : 1° sur 123 individus s'étant trouvés en contact avec des diphtériques ; 2° sur 600 personnes n'ayant approché d'aucun diphtérique.

Des 123 sujets de la première série, 10 seulement avaient des bacilles de Löffler sur la muqueuse buccale. La présence des bacilles diphtériques dans la bouche des personnes qui ont approché des malades atteints de diphtérie est donc bien plus rare qu'on ne l'admet généralement; elle ne se rencontre que 8 fois sur 100. Il faut ajouter qu'en inoculant à des cobayes les bacilles de Löffler trouvés dans cette première catégorie de recherches, l'auteur a reconnu qu'ils étaient tous virulents.

Sur les 600 individus de la deuxième série, cinq seulement ont été reconnus porteurs de bacilles diphtériques. Mais ces bacilles étaient des bacilles courts, renflés à leur extrémité, et l'expérience sur les cobayes a démontré qu'ils n'étaient pas virulents.

Il y a donc lieu de revenir un peu des doctrines trop alarmantes qui ont cours sur la présence des bacilles de Löffler dans la bouche des individus bien portants. Elle est surtout rare chez les sujets qui n'ont pas été exposés à la contagion ; elle s'observe en pareil cas à peine une fois sur 100, et présente un caractère d'innocuité qui lui enlève toute importance. (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1900.)

Avortement d'un érysipèle grave chez une enfant de 8 mois par l'injection de sérum de Marmoreck.— La *Loire médicale* du 15 juin 1900 publie une observation intéressante du docteur Layral (de Saint-Étienne).

Il s'agit d'une enfant de 8 mois atteinte huit jours après une brûlure de la main d'un érysipèle qui partant de la main

envahit rapidement tout le membre supérieur, dépasse le moignon de l'épaule, et dès le deuxième jour s'étend jusqu'au milieu de la clavicule. En même temps beaucoup de fièvre, 39°,3, vomissements, diarrhée fétide.

Une injection de 10 centimètres cubes de sérum de Marmoreck est pratiquée le deuxième jour de la maladie à dix heures du matin, et à trois heures le bourrelet érysipélateux a rétrogradé jusqu'au niveau de l'empreinte deltoïdienne, le soir même à sept heures il n'atteint que la moitié de l'avant-bras, il n'y a plus ni vomissement ni diarrhée. La température tombe à 38°,6, le soir même de l'injection et le lendemain, après avoir été de 38°,3 le matin, elle arrive à 37°,6 le soir, pour être le lendemain de 36°,9. En même temps l'érysipèle disparaît complètement. L'injection en a réduit la durée à trois jours à peine.

Lavements de permanganate de potasse dans la dysenterie, par Gastinel. — La solution est à 1 : 2000 ; le lavement doit être à 45° et de 500 gr. ; le donner avec lenteur. Pour le premier tiers le malade couché, le siège un peu élevé, légèrement à gauche, jambes et cuisses fléchies ; sur le dos pour le second tiers ; faiblement à droite pour le dernier tiers ; garder le lavement de une demi-minute à deux minutes. Un quart d'heure avant, un lavement d'eau bouillie à 45°. Le matin (et cela peut-être fait une heure après le lavement de permanganate) 1 gr. de calomel. Suivant le besoin réitérer le calomel les jours suivants. Régime lacté. (*Nouveaux remèdes*, 139, 1900.)

La propagation de la syphilis par les instruments. — Le professeur W.-L. (de Chicago) rapporte 5 cas de propagation de la syphilis par les instruments dentaires et un cas par un amygdalotome. Dans le premier cas un dentiste s'est blessé au doigt avec un instrument ayant servi à plomber les dents d'une femme. Dans les quatre autres cas de contagion odontalgique, les victimes étaient les clients. Deux fois le virus a pénétré par une érosion de la langue produite par des instruments de dentiste, une fois l'accident primitif se montra sur la lèvre inférieure et une fois sur la lèvre supérieure. Enfin le dernier cas concerne un chancre

induré de l'amygdale consécutif à l'excision à l'aide d'un amygdalotome. (*Journ. of the American med. Association*, janv. 1900.)

Traitement de la gonorrhée par le bleu de méthylène. — Le bleu de méthylène paraît avoir une action microbicide rapide sur le gonocoque de Neisser. Son ingestion en capsules gélatineuses de 6 centigrammes amène la guérison de la blennorragie en 4 à 7 jours. M. Alan O'Neill fait prendre 3 à 4 capsules pendant les quatre premiers jours du traitement, et après le quatrième jour il réduit la dose à deux capsules par jour, une matin et soir.

Pour éviter de voir cette médication amener quelque inflammation de la muqueuse vésicale, il recommande de donner en même temps quelques capsules de santal. (*Bulletin médical* du 20 juin 1900.)

Moyen de faciliter la réaction après la douche froide. — Avant la douche, frictionner avec une solution concentrée de sel de cuisine, en commençant par les membres inférieurs ; douche aussitôt après. (*Nouvelles scientifiques*, p. 4, juin, in *Nature*.)

Poudre dentifrice de Dawson. — Craie préparée, 450 ; savon de Marseille, 30 ; iris de Florence, 60 ; sucre, 30 ; essence de Wintergreen, 6. (*Mouvement scientifique*, 11-16 juin 1900.)

Adénopathie tardive comme signe d'imminence de néphrite dans la scarlatine, par Srembo. C'est au moment de la convalescence ; elle est sous-occipitale, sous-maxillaire, rarement inguinale ; coexiste une fièvre continue ne dépassant pas 39°,5, et bientôt l'urine diminue en même temps qu'elle devient albumineuse. (*Sem. méd.*, p. 211.)

Fausses cystites symptomatiques des lésions du rein chez la femme, par Guépin. — La triade : douleurs vésicales, fréquence des mictions, polyurie, peut exister, bien que la vessie soit saine et le rein seul malade. (*Acad. méd.*, 10 juillet 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

UNE NOTICE HISTORIQUE SUR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON (1842)

Nous avons cru devoir reproduire *in extenso* dans le *Lyon Médical* ce document important pour l'histoire des débuts de la Société de médecine de Lyon.

Martin jeune, ancien chirurgien de la Charité, était le frère de Martin l'aîné, qui fut un des fondateurs de la Société. Lui-même en fit partie peu de temps après sa fondation et la présida pendant quatre ans, de 1824 à 1828. Il était donc bien placé pour connaître la date exacte des origines de la Société, et son témoignage vient confirmer, en y ajoutant de nouveaux détails[1], celui de Martin l'aîné reproduit par M. Marduel.

Il n'est pas étonnant que ce travail publié dans les Mémoires de la Société médicale d'Émulation de Lyon ait échappé aux recherches de M. le Dr Marduel dans son étude très documentée (*Lyon Médical*, 25 mars et 1er avril) sur les origines de la Société de médecine. La Société médicale d'Émulation a vécu peu d'années, et le recueil de ses actes est devenu rare; il en existe un exemplaire à la bibliothèque de l'Internat. Mais on peut être surpris que le Dr Garin, qui écrivit sur le même sujet un important travail inséré dans les Annales de la Société de l'année 1855, treize ans après la publication de Martin jeune, ait ignoré cette publication.

M. Marduel a longuement débattu la question de savoir en quelle année la Société de médecine a pris naissance. Est-ce en 1789, comme semble l'attester la date inscrite sur ses jetons et ses diplômes, et comme l'affirme M. Garin et après lui M. Ollier? Est-ce en 1792? Est-ce en 1797, comme le docteur Ernest Poncet l'a indiqué dans sa belle étude sur les jetons et médailles de la Société? M. Marduel conclut de son étude approfondie que c'est en 1792. Ces questions n'existent même pas pour Martin jeune, et il place nettement, sans discussion, en 1792, la date d'origine de la Société de médecine de Lyon.

P. Aubert.

Notice historique sur la Société de Médecine de Lyon,

Lue à la Société médicale d'Émulation,
par M. le D[r] MARTIN jeune, l'un de ses membres honoraires.

Messieurs,

En vous remerciant de l'honorable titre que vous avez bien voulu m'accorder, je saisis cette occasion pour vous faire connaître l'origine de la Société de médecine de notre ville, sur les traces de laquelle vous vous proposez de marcher.

Vous verrez, par la date de sa création, que cette Société fut la première établie en France, après le décret qui avait détruit les corporations de tout genre; ce qui permet de dire que Lyon fut le berceau de toutes les Sociétés médicales de la France et peut-être de l'étranger, après notre mémorable révolution. Mais ce qui vous surprendra et vous intéressera sans doute, c'est que la création de cette Société a beaucoup de rapport avec celle que vous venez de former, car elle ne fut dans son origine qu'une simple réunion de jeunes médecins zélés comme vous pour le progrès de leur art, ou en d'autres termes, une véritable Société d'émulation.

Lorsque la Révolution, ennemie déclarée de tous les privilèges, eut aboli les corporations, l'Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine subirent le sort commun et cessèrent d'exister. Ces deux corps savants centralisés à Paris et placés sous la protection spéciale du souverain, avaient alors la prérogative exclusive de recueillir les matériaux qui pouvaient agrandir le domaine de la médecine, et pour en faire jouir la France et l'Europe même, ils étaient chargés de publier ces importants mémoires qui répandirent au loin tant d'éclat sur la chirurgie et la médecine française; mémoires que le temps a respectés comme un monument des progrès de la science médicale en France au XVIII[e] siècle, et qu'on consultera toujours avec fruit.

La suppression de ces deux illustres Compagnies devint donc un évènement funeste à l'avancement de la médecine française, qui n'ayant plus de centre de ralliement scientifique, fut réduite à un déplorable isolement. Une autre circonstance, également fâcheuse, fut la direction et l'entraîne-

ment des esprits vers la politique qui, en détournant de l'étude et de l'observation, paralysa le zèle d'un grand nombre de médecins français.

C'est à cette époque vraiment désastreuse pour toutes les sciences, que dix jeunes médecins de notre ville, dont les noms méritent d'être inscrits dans les fastes de la médecine Lyonnaise, conçurent et exécutèrent le projet de se réunir et de mettre en commun le fruit de leurs méditations et de leurs observations pratiques, sous le titre confraternel et modeste de *Société des Amis-Médecins*. Craignant d'éveiller les soupçons du gouvernement ombrageux et plus que sévère qui régissait alors la France, ils convinrent de se réunir alternativement dans le domicile de chacun d'eux.

C'est l'an Ier de la République, qui correspond à 1792, quelques mois avant le mémorable siège de Lyon (1), que les Amis-Médecins tinrent leur première séance à l'Hôtel-Dieu, dans le cabinet du docteur Petit, chirurgien aide-major de cet hôpital ; voici les noms de ceux qui y assistèrent : MM. Dumas, docteur de l'ancienne université de Montpellier, qu'il a depuis illustrée comme professeur et comme auteur de plusieurs ouvrages importants ; Marc-Antoine Petit et Martin aîné, les deux premiers chirurgiens qui furent nommés par concours au majorat des deux hôpitaux de Lyon : Dégrange, George, Parat, Bugnard, Willermoz fils, qui tous commençaient une réputation qui les plaça au rang de nos célébrités médicales ; Renaudin, désigné par concours pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, et Cartier, chirurgien interne du même hôpital, qui, le premier, y professa l'anatomie suivant la méthode de Dessault, dont il avait suivi les cours, et qui succéda à Marc-Antoine-Petit dans le majorat de ce grand hospice.

C'est dans cette séance que les Amis-Médecins réglèrent ainsi la marche de leurs travaux ; ils les divisèrent en deux classes ; la première, sous le nom de *travaux libres*, comprenait non seulement les sujets relatifs à la médecine, mais encore ceux de toutes les sciences en rapport avec elle ; la seconde, sous le nom de *travaux d'ordre*, avait pour objet

(1) Le siège de Lyon commença le 8 août 1793, et finit le 8 octobre suivant.

spécial l'observation journalière et suivie des maladies régnantes qui donnaient lieu à d'importantes discussions sur leur nature et leur traitement. C'est dans cette même séance qu'ils arrêtèrent cette devise qui exprimait à la fois le nom de leur Société et le but qu'ils s'étaient proposé en la formant :

Le bonheur habite entre l'étude et l'amitié.
Aimez-vous et soyez laborieux.

Je ne dois pas omettre de dire que la Société des Amis-Médecins pour exciter le zèle et l'émulation des élèves internes des hôpitaux de Lyon, arrêta dans une de ses séances qu'elle décernerait à titre de prix d'encouragement, un ouvrage de médecine ou de chirurgie à ceux qui dans le courant de l'année lui auraient adressé un bon mémoire ou une observation importante sur quelques-unes des branches de l'art de guérir, et que sur la couverture de l'ouvrage serait gravée en lettres dorées l'inscription suivante :

LA SOCIÉTÉ DES AMIS-MÉDECINS A......
PAR ESTIME POUR SES TALENTS.

Elle distribua quelques-uns de ces prix, et j'en possède un dans ma bibliothèque.

On conçoit aisément l'utile et noble but que voulait atteindre la Société en offrant cette récompense à la jeunesse studieuse, qui devait un jour par ses succès honorer la médecine lyonnaise.

Les Amis-Médecins ne jouirent pas longtemps de la félicité que semblait leur promettre cette utile et douce association ; le règne de la Terreur commença bientôt, et étendant son sceptre sanglant sur toute la France, il choisit Lyon qui osa lui résister, pour la première et principale victime. Les Amis-Médecins qui avaient prêté leur bienfaisant ministère aux courageux défenseurs de leur ville assiégée, déclarés criminels, furent proscrits et durent chercher leur salut dans la fuite. Plusieurs se réfugièrent dans les armées ; d'autres errants dans les campagnes du Lyonnais, trouvèrent un asile chez des amis qui exposèrent leur vie en les recevant. Un

d'eux se suicida pour éviter l'échafaud (1); un autre (2), arrêté dans le département de l'Ain, et conduit la chaîne au cou comme un vil criminel de prison en prison, eut le bonheur d'y être oublié et dut la vie au 9 thermidor, qui rendit à la liberté tant d'infortunés qui n'avaient pour perspective de la fin de leurs maux que le supplice de la guillotine.

Lorsque ce jour inattendu fit renaître l'espérance de la justice dans tous les cœurs français, les Amis-Médecins revinrent aussitôt qu'ils le purent dans leur ville, qu'ils trouvèrent en grande partie déserte et couverte de ruines et de décombres. Le plus grand nombre des médecins recommandables ayant été obligés de se cacher pour se soustraire à la proscription, les empiriques et les charlatans s'étaient emparés de l'exercice de l'art de guérir, et en faisaient un trafic honteux en face de quelques médecins estimables qui avaient trouvé grâce devant les dominateurs révolutionnaires, et qui n'osaient s'élever contre les coupables abus dont ils étaient les témoins.

Il fallut quelques mois aux Amis-Médecins pour reconstituer leur première Société, parce que tous ne rentrèrent pas à Lyon immédiatement après le 9 thermidor ; mais aussitôt qu'ils se virent réunis, leur association fut bientôt rétablie. Dans la première séance, qui se tint chez mon frère, dans la rue du Pérat, ils crurent devoir s'adjoindre quelques nouveaux membres, et j'eus l'honneur d'en faire partie.

Pour cimenter cette nouvelle union, dont l'étude était le but principal, ils conservèrent le même règlement et la même devise, et arrêtèrent qu'à la fin de chaque mois ils dîneraient ensemble à un couvert d'un seul service, et qu'à ce repas mensuel, qu'on devait considérer comme un délassement, on ne s'occuperait pas de médecine ; mais que chaque membre pourrait à son choix y lire un morceau de littérature ou de poésie de sa composition. Aussi, c'est dans ces dîners où l'esprit des Amis-Médecins, tout en se distraisant de ses sérieuses occupations, ne restait pas oisif, que germa l'idée du rétablissement de l'ancienne Académie de

(1) George.
(2) Martin aîné.

Lyon, idée qui, par leurs efforts soutenus, se réalisa quelques années après sous l'administration de M. de Verninac, premier préfet du département du Rhône, qui la reconstitua sous le nom d'*Athénée lyonnais.*

La Société des Amis-Médecins exista pendant quelque temps avec un nombre limité de membres ; mais, voulant étendre le cercle de ses travaux et donner plus de vie et de relief à ses assemblées, elle appela dans son sein les savants qui avaient échappé aux orages de la Révolution, et qui cultivaient d'une manière distinguée la médecine ou quelques-unes des sciences accessoires, soit à Lyon, soit en France, soit même à l'étranger ; elle prit alors le nom de *Société de santé*, et sans pouvoir indiquer la date précise où elle se constitua sous ce nouveau titre, il est prouvé par le premier volume du recueil de ses actes que c'est dans l'an IV de la République, c'est-à-dire en 1795, tandis que la Société de santé de Paris ne fut créée que le 22 mars 1796, d'après l'article 300 de la nouvelle constitution et sur l'autorisation du ministre de l'intérieur, Bénézech. Ainsi donc, on ne peut contester à notre ville l'honneur d'avoir formé en France la première Société de médecine après la Révolution, qui avait aboli l'Académie de chirurgie et la Société royale de médecine de Paris.

La Société de santé se trouvant alors composé de tout ce que la ville de Lyon avait de plus distingué parmi les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens, les naturalistes, les physiciens même, ses travaux prirent une rapide extension, et dès lors elle établit une correspondance avec les savants de la France et de l'étranger, dont plusieurs devinrent ses associés ou ses correspondants.

Un nouveau règlement lui devenant nécessaire en raison des changements notables qu'elle venait d'opérer dans son organisation, elle s'en occupa, et ses principaux articles furent : 1° qu'elle s'assemblerait tous les huit jours ; 2° que la première séance de chaque mois serait consacrée à des entretiens sur les maladies régnantes, aux observations générales relatives aux remarques faites sur la direction des principaux rhumbs de vent, l'apparition des météores extraordinaires, aux variations sensibles de la température dans les diverses saisons, et à la concordance de ces saisons avec

le caractère des maladies régnantes ; 3° que les autres séances du mois seraient remplies par la lecture des mémoires et observations communiquées et par les discussions auxquelles elles donneraient lieu ; 4° qu'elle n'adopterait et ne discuterait que les faits, laissant à la charge des auteurs les explications systématiques et les théories nouvelles ; 5° qu'elle publierait le recueil de ses actes toutes les fois qu'elle le jugerait capable d'intéresser le public et de servir la science, sans s'assujétir à le faire paraître à des époques fixes ; 6° qu'elle rédigerait régulièrement un travail sous forme de tableau sur les maladies populaires observées pendant chaque semestre ; 7° qu'elle aurait deux fois par année une séance publique dans laquelle elle décernerait des prix d'émulation aux auteurs des meilleurs mémoires qui lui auraient été communiqués par ses correspondants qui furent bientôt très nombreux.

La Société de santé de notre ville se soutint ainsi pendant quelques années, n'ayant d'autre appui que le zèle et l'amour de la science des membres qui la composaient et qui par une cotisation individuelle fournissaient aux frais de ses dépenses et de son entretien.

Sous l'Empire, elle prit le nom de *Société de médecine* qu'elle a conservé depuis. Son existence, jusqu'alors incertaine, devint plus assurée, parce qu'elle fut reconnue par les autorités locales qui établirent avec elle des rapports, qui la consultaient sur tout ce qui était relatif à l'hygiène publique. Ayant reçu de la mairie un local pour ses assemblées, elle espéra qu'en raison des services importants qu'elle rendait à la cité, elle avait droit à une dotation du conseil municipal, qu'elle se proposait de consacrer à la fondation de prix annuels sur des questions qui intéresseraient la santé de ses concitoyens ; mais toutes ses démarches et ses justes sollicitations furent vaines jusqu'à l'époque de la Restauration. Ce fut sous la mairie de M. Lacroix de Laval, et lorsque j'avais l'honneur de présider la Compagnie, que j'eus la satisfaction d'obtenir une somme annuelle de 600 francs, qui a constamment depuis fait partie du budget de la ville, et qui a servi à la fondation des prix que la Société décerne dans ses séances publiques.

C'est à la même époque qu'elle fonda une bibliothèque où

elle devait rassembler principalement tous les ouvrages publiés par les médecins lyonnais, bibliothèque qui, en 1831, sous la mairie de M. Prunelle, fut confondue et réunie à celle de la Société royale d'agriculture et de l'Académie, pour n'en former qu'une seule qui, par arrêté de M. le Maire, fut établie au Palais-des-Arts et confiée à un bibliothécaire spécial.

Telle est, Messieurs, l'histoire analytique, mais exacte, de la Société de médecine de Lyon, qui, depuis sa création, en 1792, où elle existait seule en France, et tout à fait ignorée du monde savant, a marché de progrès en progrès, et s'est placée au rang distingué qu'elle occupe aujourd'hui. En choisissant dans son sein la plupart de vos membres honoraires, vous venez de lui prouver en quelque sorte que vous vous placiez sous son patronage, et que ses savants travaux vous serviraient de modèles. Ce lien d'union que vous avez eu l'heureuse idée de former entre les deux Sociétés, devient à la fois le symbole de l'harmonieuse confraternité qui distingue toujours notre corps médical, et le garant des efforts et du concours mutuel des deux Sociétés pour le progrès de l'art de guérir et la gloire de notre médecine lyonnaise.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 23 juillet :

1° M. L. GUINARD : Recherches pharmacodynamiques sur la dionine (suite).

2° M. HORAND : Influence des maladies intercurrentes sur les maladies cutanées.

3° M. LÉPINE : Sur l'ostéomalacie.

HOSPICES CIVILS DE LYON ; — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le lundi 8 octobre 1900, il sera ouvert un concours public pour la nomination de 12 élèves internes et d'un nombre à fixer au moment du concours, d'élèves internes provisoires, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'Administration des hospices civils de Lyon.

Les élèves internes seront nommés pour quatre ans, et seront logés et nourris. Ils recevront en outre, à titre de traitement annuel, les élèves internes de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital de la Croix-Rousse, de la Charité

et de l'Antiquaille, 260 francs; ceux de l'hospice du Perron et de l'asile Sainte-Eugénie, 400 francs.

HOSPICES CIVILS DE LYON; — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le lundi 22 octobre 1900, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'Administration.

Les élèves externes seront nommés pour deux ans.

LES MÉDECINS A L'ACADÉMIE FRANÇAISE. — Dans sa séance de jeudi 17 mai, l'Académie a décerné le prix Vitet à M. Jean Lahor. Tous ceux qui aiment les beaux vers et hautes pensées ont lu l'*Illusion* et le *Livre du Néant*, et savent que Jean Lahor est le pseudonyme du docteur Henri Cazalis.

LE SATURNISME CHEZ LES ÉLECTRICIENNES. — Au cours de la dernière séance du Conseil d'hygiène, M. Proust a signalé une cause de saturnisme qui avait passé jusqu'ici inaperçue en France. Il a pu observer plusieurs cas de saturnisme chez des ouvrières électriciennes employées dans une fabrique d'accumulateurs pour automobiles électriques.

Ces femmes malaxent une pâte à base d'oxyde de plomb et en induisent de petites baguettes qu'elles frappent dans un moule ou dont elles enlèvent les bavures en les passant dans un anneau.

Ces accidents avaient déjà été signalés en Allemagne et en Suisse chez les ouvriers qui fabriquent des électrodes.

M. Proust a proposé au Conseil d'hygiène de comprendre les fabriques d'accumulateurs électriques parmi les établissements classés et de rechercher s'il n'y aurait pas moyen d'apporter dans les procédés de fabrication des modifications capables d'éviter la reproduction de ces accidents.

Le Conseil d'hygiène a adopté les conclusions de M. Proust.

UN CAS DE FÉCONDITÉ EXTRAORDINAIRE. — Nous le cueillons dans un grand nombre de journaux italiens, qui garantissent l'authenticité du fait. Une journalière des environs de Rome aurait, dernièrement, donné le jour à son 62e enfant. 62 enfants, dont 41 filles et 21 garçons, en vingt-six ans !

Cette femme extraordinaire, véritable mère Gigogne, s'appelle Flavia Granata et serait âgée de 59 ans. Elle est bien connue, paraît-il, à Rome, où plusieurs personnes charitables s'intéressent à elle et à sa nombreuse progéniture. Mariée à 28 ans, Flavia Granata a eu successivement une fille, puis six garçons d'un coup, puis cinq garçons, trois garçons, quatre filles, enfin une longue série de jumeaux, terminée il y a quelques jours par une série finale de quatre garçons !

LE TEMPLE D'ESCULAPE. — On vient de faire à l'île de Cos (Stankeny) une découverte archéologique, qui conduira, espère-t-on, à la mise au jour du célèbre temple d'Esculape.

Le 4 de ce mois, un vigneron musulman plantait un cep, quand sa bêche heurta une coupole en maçonnerie. Le vigneron avisa les autorités, et les fouilles entreprises sous la direction d'un *Kaïmakan*, mirent à nu

un mausolée de 30 à 45 mètres carrés, dans lequel se trouvaient des ossements et des débris de poteries.

Le monument est en briques et paraît dater de l'époque romaine. On y descend par une échelle de 2 à 5 mètres de hauteur. L'intérieur ressemble à une chapelle.

En face de l'entrée se trouvent trois niches pouvant contenir chacune un cercueil, et au-dessus une ouverture en forme de porte basse. De chaque côté il y a deux autres niches. Aucune inscription n'a été découverte pouvant donner une indication sur l'affectation exacte du monument. Divers indices font supposer qu'il existait aux environs un temple ou autre établissement public, et que ce serait même le temple d'Esculape. (*Archives orientales de médecine et de chirurgie.*)

Un évadé de la médecine. — M. Stephen Pichon, le ministre plénipotentiaire de la France à Pékin, est, on l'ignore généralement, un ancien étudiant en médecine, un *évadé* de notre profession. Après avoir fait ses études au lycée de Besançon, il vint les terminer à Paris, puis il suivit des cours de médecine, qu'il interrompit bientôt pour se lancer dans la politique militante. Il fut quelque temps externe à l'hôpital Saint-Antoine et prit une douzaine d'inscriptions, peut-être même davantage.

Réclame singulière. — Est-ce l'Exposition qui nous vaut l'avalanche de prospectus dont nous sommes accablés en ce moment?

Il en est quelques-uns qui nous semblent particulièremet réjouissants.

Quelle opinion ces industriels fin de siècle ont-ils donc du corps médical pour oser lui faire de semblables propositions?

AVIS AUX MÈRES DE FAMILLES

M. X... demande à soigner les maladies contagieuses, telles que:

FIÈVRES TYPHOIDES et MUQUEUSES, MAL BLANC, CROUP et VAGIN.

Le traitement de cette maladie ne sera payé qu'après guérison. S'adresser à....... Ce vagin n'est-il pas une trouvaille? (*Gaz. des hôp.*)

Canada. — La *Revue médicale de Montréal* annonce que déjà plus de 60 médecins canadiens sont partis pour la France, dans le but d'assister au Congrès international de médecine; elle pense que plus de 150 de nos confrères partiront d'ici au 20 juillet.

Le diagnostic de la mort aux iles Marquises. — Si l'on en croit les voyageurs, dans les îles Marquises, il existe un moyen très peu banal de reconnaître si un homme est réellement mort. Les jeunes filles du pays viennent entourer le lit du défunt et se mettent à danser autour du cadavre en prenant des poses lascives. De temps en temps, l'une d'elles se penche sur le cadavre et l'examine attentivement, puis elle s'écrie : « Il n'a pas bougé, il ne bouge pas. Hélas! il est bien mort. » Ce qui équivaut au permis d'inhumer.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juillet.	PRESSION BAROMET. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap.	
8	752	18	750	7	+19.8	14	+10.3	4	81	55	7.3	2 2	16
9	753	12	752	18	+20.1	15	+ 7.1	5	78	47	0.2	3.3	23
10	752	7	749	18	+26.1	15	+12.3	4	62	48	0.0	3.8	15
11	746	7	742	18	+28.0	15	+12.9	4	75	53	0.0	3.5	13
12	742	18	741	7	+27.0	13	+14.1	3	56	36	0.0	4.1	25
13	745	12	744	18	+29.5	15	+15.2	4	77	56	0.0	4.5	23
14	749	12	747	7	+30.1	14	+16.9	4	78	52	0.0	3.0	24

Maladies régnantes. — Malgré les fortes chaleurs que nous traversons, et qui sont en général très préjudiciables à la santé publique, le chiffre de la mortalité est un peu moins élevé que celui de la semaine précédente. Au lieu de 144 décès nous n'en trouvons que 139.

La variole qui semblait en décroissance augmente d'une manière notable, et nous en comptons 23 cas déclarés au Bureau d'hygiène : 4 dans le Ier arrondissement, 4 dans le IIe, 9 dans le IIIe, 1 dans le IVe, 3 dans le Ve, et 2 dans le VIe.

La fièvre typhoïde continue à faire quelques victimes ; on en signale 4 cas cette semaine.

Les autres maladies éruptives sont également en règne ; il y a de nombreuses rougeoles, des coqueluches, et nous trouvons dans le tableau des maladies épidémiques 5 diphtéries et 3 cas de scarlatine. Les bronchites ont diminué de fréquence, mais par contre la phtisie fournit le plus fort contingent mortuaire.

Sur les 139 décès hebdomadaires, il y en a eu 61 dans les hôpitaux, et il est à remarquer que sur le chiffre des décès il y a 24 vieillards âgés de plus de 70 ans et 38 enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 14 juillet 1900 on a constaté 139 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Broncho-pneumonie	5	Affections des reins.	13
Variole	1	Pneumonie........	4	— cancéreuses..	10
Rougeole	0	Pleurésie..........	0	— chirurgicales.	8
Scarlatine.........	0	Phtisie pulmonaire.	28	Débilité congénitale	1
Erysipèle..........	0	Autres tuberculoses	5	Causes accidentelles	4
Diphtérie-croup ...	3	Méningite aiguë...	3	Aut. causes de décès	9
Coqueluche........	0	Mal. cérébro-spinales	13	Causes inconnues..	0
Affect. puerpérales.	1	Diarrhée infantile..	6		
Dysenterie	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	3	Naissances	153
Bronchite aiguë....	2	Maladies du foie...	4	Mort-nés........	11
Catarrhe pulmonaire	2	Affections du cœur.	13	Décès...........	139

Le Président du Comité de rédaction,
J. AUDRY.

Le Gérant,
B. LYONNET.

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

PROGRÈS RÉCENTS DE NOS CONNAISSANCES SUR LA PATHOGÉNIE DU DIABÈTE SUCRÉ.

RÉSUMÉ DU RAPPORT PRÉSENTÉ A LA SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE DU XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

Par R. LÉPINE.

Cl. Bernard et, plus récemment (1893), MM. Chauveau et Kaufmann (1), ont affirmé que l'hyperglycémie du diabète sucré est exclusivement due à l'augmentation de la production du sucre. Il est, à la vérité, hors de doute, et j'ai toujours admis dès mes premières publications sur le diabète (2), que, dans certains cas de cette maladie, l'économie produit en 24 heures plus de glucose qu'à l'état normal (3) ; mais il est certain, d'autre part, qu'à cette anomalie il s'en joint une autre : le défaut de destruction du glucose. Dans le tome III du *Traité de pathologie générale*, le professeur Bouchard a donné une démonstration tellement probante du défaut de la glycolyse dans l'organisme du diabétique qu'il me suffit d'y renvoyer.

C'est par l'étude de la glycosurie alimentaire (faite d'une certaine manière) que le professeur Bouchard évalue l'énergie glycolytique du sujet. Pour écarter l'influence du foie et déterminer avec précision l'énergie glycolytique des seuls tissus, MM. Achard et Weil, au lieu de faire ingérer le glucose à leurs malades, l'ont injecté sur la peau :

(1) On sait que dans des travaux postérieurs (*C. R. de la Société de biologie*, 1896), M. Kaufmann n'a pas maintenu cette doctrine exclusive.

(2) Voir notamment mon article de la *Revue scientifique*, 28 fév. 1891, p. 274, où je dis : « L'élimination du sucre chez certains diabétiques est tellement considérable qu'elle paraît évidemment dépasser la production normale. — Un autre argument, témoignant également en faveur de l'hyperproduction du sucre, se tire de l'action favorable de l'opium et de l'antipyrine, médicaments qui enrayent à la fois la *destruction* du sucre et sa *formation.* »

(3) Tout récemment, MM. Gilbert et Lereboullet ont aussi exprimé l'idée que « l'*hyperhépatie* paraît jouer un rôle important dans nombre de cas de diabète. » (*C.-R. de la Soc. de Biologie*, 1900, p. 469.)

On sait que Fr. Voit, après l'injection sous-cutanée d'une quantité assez considérable de glucose (60 gr.) chez un sujet sain, n'a observé que des traces de glucose dans l'urine. Il en est autrement chez certains sujets arthritiques et gras. Chez eux, quelques grammes seulement de glucose sous la peau *peuvent* amener de la glycosurie. — Ce sont des prédisposés au diabète. — Enfin, chez les diabétiques véritables, l'injection sous-cutanée, d'une quantité presque insignifiante de glucose (2 gr. 5), peut être suivie d'une recrudescence très nette de la glycosurie (Achard et Weil).

Les recherches que M. Barral et moi avons poursuivies sur la glycolyse dans le sang *in vitro*, nous ont permis de constater, *chez le plus grand nombre des diabétiques* examinés à ce point de vue, que leur sang veineux, défibriné, maintenu 1 heure à 39° C., perd moins de sucre que le sang normal. Cette détermination, je l'avoue, ne prouve pas *directement* le défaut de la glycolyse dans l'organisme du diabétique; mais elle nous renseigne au moins sur la diminution de l'activité glycolytique d'un des tissus les plus importants de l'économie (1). Il est à remarquer que plusieurs fois chez les mêmes sujets, MM. Achard et Weil ont noté l'insuffisance glycolytique par la méthode de l'injection sous-cutanée et la diminution du pouvoir glycolytique du sang *in vitro*.

La glycolyse (mot qui, étymologiquement, veut simplement dire *disparition* du sucre) n'est pas un phénomène *simple* : le sucre, en effet, peut disparaître parce qu'il est *utilisé* par les tissus pour produire de l'énergie, ou bien il peut être *transformé* et emmagasiné comme *réserve*, soit à l'état de glycogène, soit à l'état de graisse. Or, chez certains diabé-

(1) Les études que j'ai faites sur la glycolyse *in vitro*, avec MM. Barral et Métroz, n'ont pas toujours été bien interprétées. Plusieurs personnes ont *supposé* que, d'après nous, la destruction du sucre se fait exclusivement dans le sang. Telle n'a pas été notre pensée : nous n'avons jamais songé à contester que le sucre se détruise dans tous les tissus. Mais d'autre part nous avons admis avec les physiologistes les plus autorisés (voir Hamburger, *Revue de médecine*, 1894, p. 1141) qu'il se détruit *normalement* du sucre dans le sang. Or le sang retiré des vaisseaux jouit encore quelque temps de ses propriétés vitales; on peut donc en étudier *in vitro* les effets, ce qui n'est pas, en général, possible avec les autres tissus.

tiques, peut-être chez tous, c'est non seulement l'utilisation du glucose par les tissus qui est insuffisante, mais aussi l'emmagasinement de la réserve : l'expérienoe de Hanriot le prouve. On sait que ce physiologiste a constaté chez deux diabétiques que, *contrairement à ce qui a lieu chez l'homme sain*, l'ingestion de cent grammes de sucre n'est pas suivie d'une augmentation de l'exhalation d'acide carbonique (1).

A qui tient l'insuffisance de la glycolyse ?

Il se peut que chez certains sujets, par suite d'une disposition (goutteuse) héréditaire ou acquise, il y ait une impuissance du protoplasma à détruire le sucre aussi complètement qu'à l'état normal (2). Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, nous connaissons deux autres conditions dans lesquelles la glycolyse est diminuée. Ce sont : 1° certaines actions nerveuses ; 2° le défaut de la sécrétion interne du pancréas.

Je serai bref sur la première, qui est généralement acceptée, depuis que Brown-Séquard a montré qu'une action nerveuse peut amener l'arrêt brusqne des échanges dans les tissus, avec rutilance du sang veineux, etc. Mais l'influence du pancréas sur la glycolyse a été davantage discutée, et depuis plus de dix ans que je l'ai signalée, elle n'est pas encore admise par tous les auteurs.

On objecte que le parenchyme (ou le suc) du pancréas, en contact avec une solution sucrée, ne produit pas une glycolyse *appréciable*, et qui, lorsqu'on constate une perte de sucre on peut soupçonner l'intervention de microbes. — Je reconnais le bien fondé de cette remarque d'Umber, mais j'y oppose les faits positifs que voici :

1° Quelques heures après la faradisation des nerfs du pancréas, la teneur du sang en sucre *a diminué* très notablement, et si, à ce moment, on détermine le pouvoir glycolytique de ce sang, on trouve qu'il est considérable (3).

2° Si l'on chauffe le pancréas (sorti de l'abdomen, maintenu

(1) Voir pour plus de détails mon Rapport sur le diabète (*Revue de méd.*, 1894, p. 884). Le fait a été confirmé par Weintraud et Laves.

(2) Le professeur Ebstein a soutenu l'idée d'un vice originel du protoplasma, mais en admettant à tort, je crois, que ce vice amène dans les tissus une plus grande production de sucre.

(3) Lépine. Volume jubilaire du cinquantenaire de la Société de Biologie, 1899, p. 352.

dans un appareil où circule de l'eau à une température supérieure à 40°), on obtient exactement les mêmes résultats. Ainsi, l'exaltation des propriétés vitales du pancréas, produite par une chauffe modérée, amène une *hypoglycémie* et une augmentation du pouvoir glycolytique du sang (1).

Les deux expériences précédentes, qui ont été chacune répétées un très grand nombre de fois, donnent des résultats tellement nets que l'influence du pancréas sur la glycolyse est un fait hors de doute. Il s'agit maintenant de concilier ce fait avec celui sur lequel s'appuient mes contradicteurs, à savoir le défaut de glycolyse dans une solution sucrée maintenue en contact avec le tissu ou le suc pancréatique.

Sans m'arrêter aux explications que j'avais autrefois données, je crois aujourd'hui qu'il s'agit d'une influence *indirecte* sur la glycolyse (et non *directe*) : Le pancréas ne fait pas *à lui seul* la glycolyse, mais il exerce sur elle une action *adjuvante*.

On en a la preuve en introduisant, dans différents ballons renfermant une solution sucrée, une petite quantité de levûre (la même pour chaque ballon) et un fragment (de même poids) de différents organes broyés. Dans le ballon qui renferme du tissu pancréatique *préalablement excité par l'électrisation de ses nerfs*, la glycolyse est toujours plus forte. (Lépine et Martz.) Si, au lieu d'introduire des fragments d'organes dans les ballons en fermentation, on y ajoute 10 cc. de différents échantillons de lymphe recueillis dans le canal thoracique d'un chien, *la perte de sucre est plus grande dans le ballon qui a reçu la lymphe recueillie aussitôt après l'électrisation des nerfs du pancréas*. (Lépine et Boulud.) Il y a dix ans j'avais déjà montré qu'on peut (temporairement) supprimer le diabète chez un chien privé de pancréas, en lui injectant dans les veines de la lymphe d'un chien dont le pancréas est en état de fonctionnement.

La sécrétion *interne* du pancréas exerce donc une action *certaine* (bien qu'indirecte) sur la glycolyse dans les tissus. Il serait prématuré de vouloir expliquer *comment* s'exerce cette action. Le tissu du pancréas, après l'électrisation de ses nerfs, renfermant plus de peptone que le pancréas d'un chien

(1) Lépine. *C.-R. de la Soc. de Biol.*, 1899, 20 mai, p. 399.

sain à l'inanition, j'ai émis l'idée que les peptones pancréatiques, résorbés par la sécrétion interne et portés aux tissus par la circulation, pouvaient favoriser la glycolyse ; mais cette idée est jusqu'ici purement hypothétique.

La sécrétion interne du pancréas n'a pas pour seule fonction d'exciter la glycolyse : elle modère la production du sucre dans le foie (Chauveau et Kaufmann). Martz et moi avons confirmé ce fait par nos expériences de circulation artificielle dans le foie isolé et dans le foie uni au pancréas. Dans ce dernier cas, le foie perd beaucoup moins de son glycogène. Ainsi la sécrétion interne du pancréas est éminemment *euzoamylique* (1), c'est-à-dire qu'elle favorise la conservation du glycogène dans le foie.

La condition opposée à l'*euzoamylie*, et que l'on peut désigner sous le nom d'*azoàmylie* (2), n'est pas seulement sous la dépendance d'un défaut de la sécrétion interne du pancréas ; elle peut être provoquée par une action nerveuse, ainsi que l'ont observé autrefois Naunyn et son élève Seelig (1874), consécutivement à la piqûre du plancher du 4[e] ventricule (3).

On sait qu'après Tscherinow, Pavy a soutenu que le foie a pour fonction *essentielle* d'empêcher le passage dans la grande circulation du sucre absorbé par la veine porte, et que, d'après lui, le diabète est le résultat de ce que nous appelons aujourd'hui *azoamylie*. Ainsi présentée, cette

(1) Rouget a donné à la matière glycogène le nom de *zoamyline*. L'*euzoamylie* est la condition dans laquelle le foie possède beaucoup de zoamyline.

(2) Naunyn a proposé le mot de *dyszoamylie*. Mais *azoamylie* ne veut pas dire *absence* de zoamyline, pas plus qu'asystolie ne veut dire *absence* de systoles.

(3) On aurait pu supposer que l'hyperglycémie consécutive à la piqûre du bulbe est le résultat d'un *arrêt* de l'action du pancréas. Mais cette hypothèse cadre mal avec le fait constaté par Hédon que l'hyperglycémie augmente chez le chien dépancréaté, si on fait la piqûre du bulbe. Il est vrai que dans ce cas on pouvait admettre que l'exagération de l'hyperglycémie était due à l'exagération des nerfs hépatiques glycosécréteurs dont l'existence a été démontrée par Morat. Mais l'insuffisance de cette explication est prouvée par l'expérience de Kaufmann qui a vu l'hyperglycémie augmenter, après la piqûre du bulbe, chez le chien dépancréaté et dont le foie est énervé.



théorie est absolument inacceptable; mais elle renferme au moins une parcelle de vérité : « On doit, dit Seegen, considérer la forme légère du diabète comme résultant d'une incapacité de la cellule hépatique à faire subir aux hydrates de carbone alimentaires leurs transformations normales. » (1). Plus récemment, MM. Gilbert et Weil (2) ont de nouveau insisté sur cette forme et donné quelques caractères de l'urine propres à la faire reconnaître :

Le sucre est toujours en faible proportion ; on ne le rencontre guère que pendant la période digestive dosé avec la liqueur de Fehling, il paraît plus abondant que s'il est dosé avec le polarimèire, par suite de l'abondance des matières réductrices. Le spectroscope décèle quelquefois de l'urobililine, plus souvent de l'indican ; l'urée est relativement peu abondante ; au contraire, la proportion d'acide urique est assez élevée. Enfin ce diabète est susceptible d'être amendé par l'opothérapie hépatique.

Voilà comment se présente cette forme de diabète léger, où l'azoamylie joue assurément un rôle important, mais *non exclusif* ; car le foie n'est pas le seul organe où s'emmagasinent les hydrates de carbone apportés par l'alimentation. On en a la preuve par le fait, indiqué par Seegen lui-même, que le sang des veines sus-hépatiques est riche en sucre après l'ingestion d'hydrates de carbone, et par cet autre fait mis en lumière par Brasol, que *tous* les tissus emmagasinent le sucre après l'ingestion intra-veineuse d'une solution sucrée. De plus, il est bien difficile d'admettre qu'une diminution plus ou moins considérable de la glycolyse ne vienne pas contribuer, dans les cas visés par MM. Gilbert et Weil, à la production du diabète. En somme, l'azoamylie peut, dans certains cas, être un élément pathogénique important d'un diabète, mais il est plus que douteux qu'elle en soit jamais le seul facteur.

Nous venons de passer en revue plusieurs éléments pathogéniques constitutifs du diabète ; mais il en est encore bien

(1) Seegen : La glycogénie animale, traduction française. Paris, 1890, p. 239.

(2) Gilbert et Weil : Du diabète sucré par insuffisance chronique du foie (*Semaine médicale*, 1899, p. 385).

d'autres que les progrès de la science ne tarderont sans doute pas à dégager. Quoi qu'il en soit, ce serait, selon moi, se faire une idée inexacte de la pathogénie de cette maladie, que de ne pas avoir toujours en vue la *multiplicité* de ces éléments. Je ne crois pas qu'il existe un diabète dû à la formation exagérée du sucre, un autre dû exclusivement à la diminution de la glycolyse : chaque cas est complexe dans sa pathogénie, et si chacun d'eux se présente avec une physionomie particulière, c'est parce que les éléments qui le constituent varient en nombre et en intensité.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE D'UN BASSIN VICIÉ PAR FRACTURE RADIOGRAPHIE MÉTRIQUE DU BASSIN

PAR MM.

FABRE,
Chef de Laboratoire de la Clinique obstétricale de Lyon.

PIÉRY,
Interne de la Maternité de la Charité de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer un accouchement très intéressant dans le service de M. le professeur agrégé Pollosson, suppléé par M. Villard, chirurgien des hôpitaux; nous remercions nos maîtres de l'amabilité qu'ils ont eue en nous autorisant à publier cette observation, qui se rapporte à un fait de viciation pelvienne de nature très exceptionnelle.

Il s'agit, en effet, d'un accouchement chez une femme qui présente un bassin pseudo-oblique ovalaire très marqué : la cause de cette déformation, ainsi que nous avons pu en acquérir la certitude, est une fracture du bassin remontant à l'enfance ; cet accouchement est le dixième d'une série que nous avons pu reconstituer exactement ; tous ont été très difficiles et un seul enfant est vivant ; il a été extrait par la version par M. Pollosson, dans l'avant-dernière grossesse ; la terminaison a été moins favorable dans la dernière grossesse, l'enfant a été extrait vivant, mais il est mort au cinquième jour, l'accouchement prématuré ayant été provoqué un peu tard.

Les observations d'accouchement dystociques, par suite de viciation pelvienne due à des fractures, sont rares et nous

n'avons pu en réunir que neuf cas certains ; nos recherches n'ont peut-être pas été complètes, bien des cas ont pu nous échapper, étant donné les difficultés que nous avons rencontrées pour nos recherches bibliographiques.

Lenoir, dans un article des *Archives générales de médecine* de 1859, p. 5, rapporte les quelques observations « curieuses et rares, qui sont perdues pour ainsi dire dans les recueils périodiques. » Il dit que Van Swieten est le premier auteur qui fasse mention de cette cause de dystocie dans ses *Commentaires sur Boerhave,* t. IV, aph. 1316. Il signale de plus que John Burns (traduction française, p. 32) a vu dans un pareil cas des ossifications pointues s'étendre à presque deux pouces dans le bassin.

La première observation en date est celle qui a été publiée dans le *Journal des progrès*, t. XII, par le Dr Papavoine; elle a pour titre : *Observation d'un accouchement mortel par suite de fracture et déformation consécutive du bassin.*

Il s'agit d'une fille de 36 ans, apportée le 30 juillet 1828 à l'hôpital Saint-Louis ; elle a eu cinq couches heureuses ; deux ans auparavant, elle avait reçu sur le côté droit du bassin un coup de pied de cheval qui avait produit plusieurs fractures ; elle devient enceinte pour la sixième fois ; l'accouchement n'avait pu se terminer qu'avec les plus grandes difficultés et à l'aide du forceps, dont l'application faite en ville avait déterminé des lésions très graves. L'accouchée succombe le lendemain. A l'autopsie, on trouve, en dehors des lésions récentes qui avaient entraîné la mort : 1° une fracture un peu en avant de la symphyse sacro-iliaque droite ; 2° une fracture de la branche horizontale du pubis droit, un peu en avant de la cavité cotyloïde ; 3° une fracture siégeant entre la tubérosité et la branche ascendante de l'ischion. Tout le fragment a été rejeté en dedans.

Papavoine fait remarquer que c'est ce déplacement en dedans et en haut de la tubérosité ischiatique qui a été la cause principale de la dystocie.

La deuxième observation est tirée de la *Lancette anglaise,* numéro de juin 1856, p. 647; elle a été recueillie par le Dr John Rowland-Gibson :

Le sujet est une femme âgée de 36 ans, déjà mère de sept enfants nés à terme à la suite d'un travail facile et naturel ; elle fut renversée par une voiture, elle resta trois mois à l'hôpital, de retour chez elle, elle devient enceinte. Au moment du travail, on constate au toucher une saillie très marquée du promontoire ; de plus, en examinant le bassin par l'extérieur, on constate l'existence dans la région sacrée d'une dépression dans

le fond de laquelle on pouvait loger les deux mains. Gibson pratiqua l'embryotomie à deux grossesses successives. La femme guérit.

La troisième observation est tirée du même journal (même année), qui paraît l'avoir empruntée au *British and American Journal of sciences*; elle a été recueillie par le Dr David :

Une dame, âgée de 30 ans, étant arrivée au quatrième mois d'une grossesse, tombe en descendant un escalier, et dans sa chute heurte son siège contre plusieurs marches sur lesquelles elle glisse avant d'atteindre le bas de l'escalier ; elle ressentit une douleur très vive dans la région du sacrum et fut obligée de se coucher. A terme, on trouve le vagin complètement oblitéré par une tumeur dure qui semble provenir du sacrum, la malade succombe avant qu'on ait pu pratiquer la crâniotomie.

A l'autopsie, on trouve que le sacrum avait été divisé en quatre parties et que la tumeur que l'on sentait dans le vagin était formée par deux fragments réunis par un cal.

Dans le *Traité d'accouchement* de Tarnier et Budin, t. III, p. 343, se trouve citée, sans indication bibliographique, une observation de Lafforgue, très analogue au cas de Papavoine, c'est la quatrième :

A l'occasion d'une chute d'un lieu élevé, la malade avait eu une double fracture de l'os iliaque droit, l'un des traits de fracture longeait l'articulation sacro-iliaque, l'autre passait par la branche horizontale du pubis et l'ischion, le détroit supérieur offrait la configuration oblique ovalaire, le diamètre oblique droit se trouvait de 3 centim. 1/2 plus court que le gauche. La malade ne fut accouchée qu'au prix des plus grandes difficultés, à l'aide du forceps; elle succombe dans les suites de couches.

Tarnier et Budin signalent une autre observation de Neugebauer, mais dans le *Jahresbericht für Geb. und Gyn.* de 1892, nous n'avons pas pu trouver d'observation se rapportant à une fracture du bassin.

Vaille, dans sa thèse (Paris, 1891), sur le *bassin vicié par obstruction*, cite deux cas de bassins viciés par fracture, mais sans donner de renseignements cliniques ou anatomopathologiques ; un de ces cas a été publié par Fairbank, dans la *London obstetric. transactions*, 1867, tome IX, p. 1 ; l'autre cas a été publié par James Barlow, mais Vaille ne donne pas d'indication bibliographique, il dit seulement que le cal englobait les deux pubis. (Ce sont les cinquième et sixième cas.)

Le septième cas a été publié par Kleinewächter, de Prague ;

cet auteur a fait une crâniotomie dans un bassin rétréci par fracture; les renseignements nous manquent sur cette viciation pelvienne. (Kleinewächter, *Archiv. f. Gyn.* Band 1, p. 156.)

Le huitième cas a été publié par Hull qui a fait une césarienne dans un cas de bassin vicié par fracture. (Hull, *A defense of the cesarienne operation*, Manchester, p. 68 et 72.)

La neuvième observation a servi de sujet de thèse à Matz (Königsberg, 1894, ein *Geburtsfall bei durch Fractur verengtem Becken*).

Femme âgée de 43 ans. En vingt ans, elle a eu dix enfants, le dernier il y a dix ans. Accouchements normaux.

Un an après la naissance de ce dernier enfant, la malade est prise dans un éboulement, qui comprima la région de la hanche droite : elle reste deux ans au lit et a souffert pendant plusieurs années dans la jambe droite.

Les dernières règles sont d'avril ; pendant la grossesse elle s'est plaint de douleurs dans la jambe droite.

Le 2 février, rupture de la poche des eaux : elle entre à la clinique de Dorhn.

C'est une femme en mauvais état : l'utérus est en contact avec les fausses côtes, présentation en O I G A.

Bi-épineux	20,5
Bi-crête	25,6
Bi-trochantérien	26,5
Conjugué externe	29

Au toucher, alors que du côté gauche le pubis a sa courbure normale, à droite il y a un angle ouvert en dedans à deux travers de doigt de la symphyse. Dans cet angle se trouve une exostose. Le trou obturateur n'est plus reconnaissable ; à sa place on trouve une masse osseuse qui englobe la région cotyloïdienne, l'ischion et qui s'étend jusqu'à la ligne innominée.

Le diamètre sacro-sous pubien n'est pas réduit.

La malade a de la fièvre, les bruits du cœur fœtal sont à 160, on fait une crâniotomie : l'extraction est difficile, elle dure une heure. La malade a guéri.

En dehors de ces cas obstétricaux nous ne pouvons que signaler les études chirurgicales ou anatomo-pathologiques concernant les fractures du bassin faites par un grand nombre d'auteurs. C'est ainsi que Crève, dès 1795, signale la masse osseuse que l'on trouve dans la région cotyloïdienne comme formée non par le cal hypertrophié, mais par le dé-

placement irrégulier des fragments; il fait cette description en s'appuyant sur un bassin de la collection de Gotthard et un autre de la collection de Sömmering.

Von Mars a décrit un bassin trouvé à l'autopsie d'une femme de 50 ans, hospitalisée depuis longtemps. (*Arch. f. Gyn.*,, Bd. XXXVI, p. 289.)

Cette description classique est reproduite par tous les auteurs modernes, qui divisent les fractures du bassin en *fractures doubles verticales* de Malgaigne, c'est dans cette catégorie que rentrent les cas de Papavoine, celui de Lafforgue et notre cas personnel.

Les *fractures du pubis* symétriques sont représentées par le cas de Barlow.

L'observation de Rowland-Gibson paraît être un cas de *fracture verticale du sacrum* de Voillemier.

Le cas de David est un cas de fracture isolée de l'os sacrum.

OBSERVATION.

Rétrécissement du bassin dû à une fracture de l'os coxal gauche survenue dans l'enfance. Neuf grossesses antérieures, un seul enfant vivant né à la suite d'un accouchement prématuré artificiel. — Bassin pseudo oblique ovalaire très prononcé au toucher et à l'examen radiographique ; accouchement prématuré, extraction par la version d'un enfant qui meurt au 6e jour.

Maria A..., femme R..., 38 ans, cultivatrice, entrée à la Maternité de la Charité, le 28 août 1899. Père mort d'une maladie du cœur à 66 ans, mère morte d'affection indéterminée. Six frères ou sœurs bien portants, une sœur morte deux mois après ses couches de maladie indéterminée.

Comme affection antérieure, la malade n'accuse qu'une bronchite, d'une durée d'un mois à l'âge de 20 ans. Jamais de rhumatisme. Elle ignore à quel âge elle a marché.

A l'âge de six ans, la malade raconte qu'en jouant, elle fit tomber sur elle un tronc d'arbre de 4 mètres de long qui lui roula sur le corps ; elle eut la face très atteinte, la lèvre fut fendue, le nez écrasé et elle dut passer quelques jours au lit. Ses souvenirs ne sont pas très précis à ce sujet, toutefois elle raconte qu'elle a pu marcher peu de temps après cet accident.

La malade a eu neuf grossesses antérieures qui se sont terminées de la façon suivante :

Première grossesse à 28 ans, terminée à terme par l'accouchement d'un enfant mort quelques minutes après la naissance; extraction facile au dire de la malade par le forceps, après treize à quatorze heures de fortes douleurs.

Deuxième grossesse, à 29 ans, terminée par une fausse couche de quatre mois et demi.

Troisième grossesse à 30 ans, acccouchement prématuré spontané à huit mois, extraction par le forceps, mort de l'enfant trois jours après la naissance.

Quatrième grossesse à 31 ans, fausse couche de deux mois.

Cinquième grossesse à 32 ans terminée à terme par une application de forceps, enfant mort quelques minutes après la naissance.

Sixième grossesse à 33 ans, terminée dans les mêmes conditions que la précédente.

Septième grossesse à 34 ans, accouchement prématuré *provoqué* à sept mois et demi ; extraction par version d'un enfant mort cinq jours après la naissance.

Huitième grossesse à 35 ans, accouchement prématuré provoqué à huit mois : extraction par version d'un enfant qui meurt quelques minutes après sa naissance.

Neuvième grossesse à 36 ans, accouchement prématuré provoqué à huit mois à la Maternité de la Charité de Lyon. M. le professeur agrégé Pollosson fait la version : enfant vivant actuellement âgé de 2 ans 1/2 et bien portant.

Dixième grossesse ; les dernières règles remontent au 15 décembre 1898 ; la grossesse a évolué d'une façon tout à fait normale. Elle entre à la Maternité de Lyon le 28 août 1899, elle est enceinte de 8 mois et demi.

A son entrée, on constate qu'elle est forte, vigoureuse, bien musclée, sans tare héréditaire ou personnelle ; elle boite légèrement, mais sans grandes oscillations du tronc.

La malade étant debout et vue par la région postérieure (Fig. 1), on constate qu'elle présente une légère scoliose à concavité gauche, lorsqu'elle est hanchée sur la hanche gauche ; lorsqu'elle s'appuie sur la jambe droite les courbures de la colonne disparaissent complètement.

La déformation la plus saillante porte sur la région fessière du côté gauche : toute cette région est aplatie et offre un volume beaucoup moins considérable que du côté droit : le pli fessier est remonté, la région supérieure de la fesse est saillante, comme on pourrait le voir dans une luxation congénitale.

Le losange de Michaëlis est régulier, les deux fossettes sont symétriques et la distance qui sépare les deux apophyses postérieures est de 10 centimètres. La distance qui sépare l'apophyse de la 5e lombaire du sommet de la fente fessière est de 10 centimètres.

Dans l'examen de la région antérieure (Fig. II), ce qui frappe le plus, c'est le raccourcissement et la légère adduction de la cuisse du côté gauche. Aucune déformation rachitique, les fémurs, les tibias ont leurs dimensions et leur courbures normales : le thorax, la face, la voûte palatine sont normales. On note sur les lèvres, le nez et les joues, de nombreuses cicatrices qui remontent au traumatisme dont la malade a été la victime vers l'âge de six ans.

Par l'*épreuve des deux fils à plomb*, l'un placé au niveau de la symphyse du pubis, l'autre placé au niveau de l'apophyse épineuse de la

5e lombaire, on constate, lorsque la malade se tient sur la jambe droite, que le plan du fil à plomb est perpendiculaire à la ligne bi-acromiale; lorsqu'au contraire la malade se tient sur la jambe gauche il y a une légère déviation qui porte le fil antérieur à 2 centimètres environ du plan médian.

Bassin vicié par fracture.

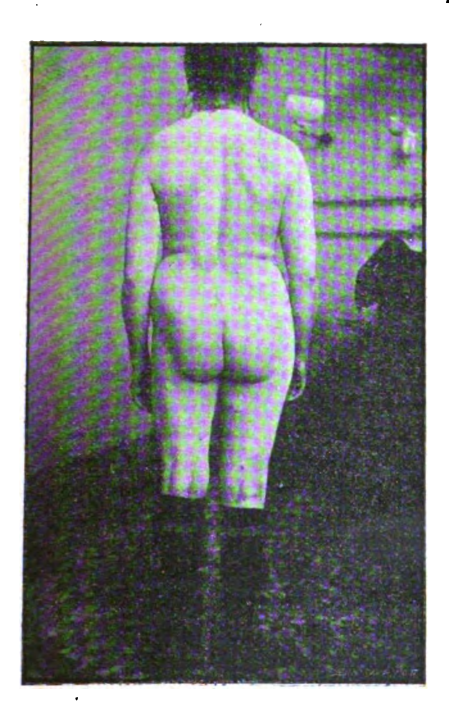


Figure 1.

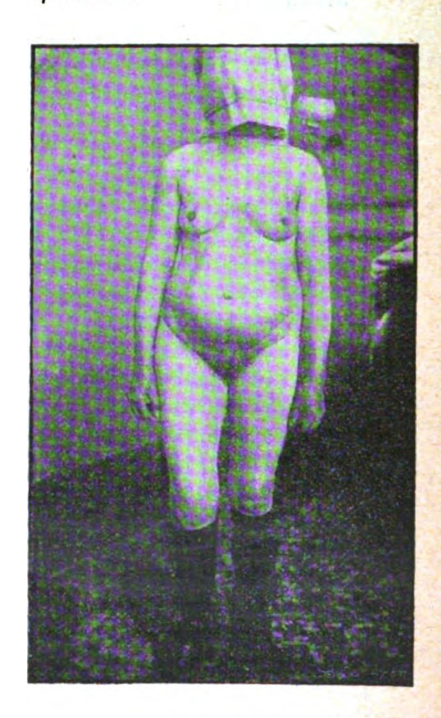


Figure 2.

Les *mensurations externes* donnent pour le bassin :

Diamètre bi-épineux................	25 cent. 1/2
— bi-crête iliaque............	29 —
— de Baudelocque............	18 —
— bi-trochantérien...........	31 —
De l'ischion du côté droit à la crête iliaque gauche......................	19 cent. 1/2
De l'ischion du côté gauche à la crête iliaque droite......................	19 —

Pour les *membres inférieurs* on trouve :

Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole péronière :

A droite.................... 89
A gauche.................... 87

Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne du genou :

A droite.................... 49
A gauche.................... 47

Distance du trochanter à l'interligne du genou :

A droite.................... 43
A gauche.................... 43

Longueur des tibias, de l'interligne du genou à la malléole externe :

A droite.................... 39
A gauche.................... 39

Le raccourcissement ne porte ni sur le fémur ni sur le tibia ; l'articulation de la hanche est libre et tous les mouvements s'y passent normalement, pas de mobilité particulière dans l'articulation coxo-fémorale sous l'influence de mouvements de traction. Dans la flexion moyenne, le trochanter est à 1 cent. 1/2 au-dessus de la ligne de Nélaton.

Pas d'atrophie marquée de la cuisse ou de la jambe du côté gauche : la cuisse à 20 centimètres au-dessus de la rotule présente une circonférence de 50 centimètres des deux côtés. La jambe, à 15 centimètres au-dessous de la rotule présente 32 centimètres des deux côtés.

Le fœtus se trouve en droite postérieure, très mobile.

Par le palper des os du bassin, les crêtes iliaques sont symétriques, mais la région antérieure du pubis présente un affaissement très net du côté gauche.

Le toucher est douloureux, le vagin est le siège d'un grand nombre de cicatrices au niveau desquelles le contact est pénible.

Le sacro sous-pubien mesure 11 cent. La symphyse est très haute, elle peut être évaluée à 6 centimètres : en explorant avec les doigts gauches les régions gauches du bassin, on note qu'à partir de la ligne médiane, la ligne innominée est presque droite ; au niveau de la région cotyloïdienne, on trouve une masse osseuse, volumineuse qui en un point, vers le trou obturateur, présente une épine très nette, en ce point, cicatrice vaginale.

En arrière, le sinus sacro-iliaque gauche ne présente pas sa longueur normale, mais sans qu'on découvre à ce niveau de régions nettement saillantes correspondant à un second trait de fracture. L'aileron sacré a ses dimensions normales.

Avec la main droite, on note que la ligne innominée du côté droit présente une courbe régulière qui paraît se continuer en arrière avec celle du sinus sacro-iliaque.

Le bi-ischiatique ne paraît pas rétréci, les deux ongles placés sur chaque ischion sont distants de 10 centimètres environ.

Dans ces conditions, M. Villard décide de provoquer l'accouchement : la grossesse est de huit mois et demi. Le 31 août, à 5 heures du soir, on introduit deux sondes dans l'utérus ; le 1er septembre, la malade a des

douleurs, et à 5 heures du soir la dilatation est complète : présentation de l'épaule droite, dos en avant.

Anesthésie au chloroforme. Rupture de la poche des eaux et saisie du pied droit, la tête passe oblique dans le diamètre oblique gauche.

L'enfant, du sexe masculin, est en état de mort apparente, il est assez facilement ranimé ; son poids est de 2 kil. 650. Les diamètres de la tête sont les suivants : occipito-frontal 11 cent., bi-pariétal 9 cent.

La délivrance a lieu 10 minutes après l'accouchement.

Le 2 septembre, la malade va bien, mais l'enfant présente une teinte subictérique, ses doigts sont violacés ; le 6 septembre, il a de la dyspnée ; le 7, il meurt à 10 heures du soir.

La mère sort le 9 septembre ; elle est revue bien portante en décembre 1899.

Avant sa sortie, la malade a été radiographiée par M. Destot qui a employé le dispositif décrit à la Société de chirurgie de Lyon par M. le professeur Fochier le 8 juin 1899 (1). Le bassin est entouré par un cadre constitué par quatre règles métalliques dentées en centimètres, l'une est placée en arrière au niveau des épines iliaques postérieures et supérieures, une autre est fixée au niveau du bord supérieur des pubis, le cadre est ainsi placé dans le plan du détroit supérieur. En décalquant le cliché on obtient la figure III, les lignes qui réunissent les dents opposées des règles ont été tracées sur l'épreuve.



Calque du cliché radiographique.

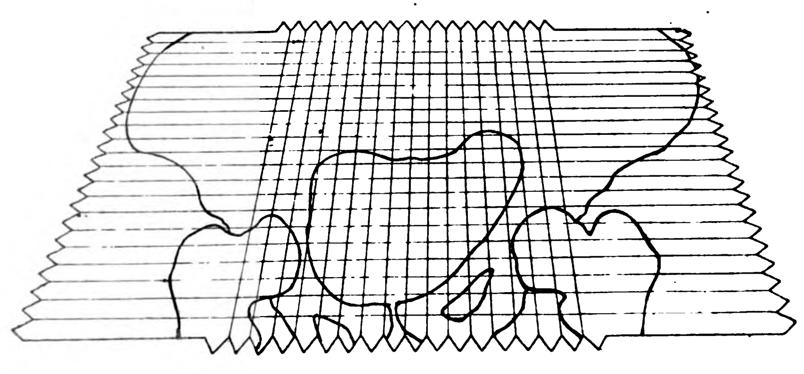


Fig. 3.

Les lignes dentelées représentent l'image des règles dentées en centimètres, on voit par leurs dimensions variables combien est grande la déformation du détroit supérieur. Ces déformations sont corrigées par la mise au carreau, on obtient alors sur un papier quadrillé au centimètre l'image du détroit supérieur en vraie grandeur, que nous reproduisons réduite, chaque carré a en réalité 1 centimètre de côté.

---

(1) Voyez *Province médicale*, 24 juin 1899, et de la Radiographie métrique, par Fabre, *Lyon Médical*, 23 juillet 1899.

Mise au carreau du cliché radiographique sur papier quadrillé au centimètre.

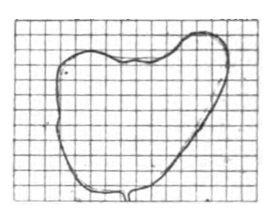


Figure 4.

Cette image permet de faire les mensurations qui donnent alors les diamètres du détroit supérieur.

Diamètre utile	9 cent.	1/2
— oblique gauche	10 —	
— oblique droit	13 —	
— transverse maximum	11 —	1/2
— transverse médian	9 —	1/2

En résumé, de l'examen clinique et radiographique, on peut conclure qu'il s'agit d'un bassin vicié par *fracture ancienne de l'os coxal gauche :* ce diagnostic a été confirmé par M. le professeur Fochier qui a bien voulu examiner la malade.

Il s'est produit probablement, au moment du traumatisme, plusieurs traits de fracture, mais leur trajet est difficile à bien préciser : l'un existe au niveau de la cavité cotyloïde qui, à sa face interne, présente un cal volumineux; il s'agit probablement d'un véritable enfoncement de la cavité cotyloïde (1), il existe en même temps une certaine ascension du grand trochanter, qui serait rendue possible par l'existence d'un double trait de fracture, l'un portant au niveau du trou obturateur, l'autre au niveau des régions postérieures de l'os coxal, ce qui expliquerait l'étroitesse du sinus sacro-iliaque gauche.

Ce fragment refoulé en masse en dedans, a constitué, après consolidation de la fracture, un rétrécissement du bassin ; ce rétrécissement, très asymétrique, donne au détroit supérieur la forme d'un bassin oblique ovalaire ; mais ce n'est

(1) Virevaux : Des enfoncements traumatiques de la cavité cotyloïde, Th. de Lyon, 1899.

là qu'une apparence, car l'aileron sacré a, du côté gauche, ses dimensions normales et le losange de Michaëlis est symétrique.

Cette fracture remonte à l'enfance et doit être attribuée au traumatisme violent que la malade a subi à l'âge de six ans.

La déformation considérable du bassin explique bien que sur dix grossesses, aucune n'a pu se terminer normalement à terme et cependant le sacro-sous-pubien mesure 11 centimètres, le diamètre utile 9 centim. 1/2 ; c'est là un nouveau fait qui vient prouver que la mensuration du sacro-sous-pubien n'est pas tout et qu'il faut encore se rendre compte de la forme du bassin. Sur les dix grossesses, deux fois il y a eu fausse couche, trois fois la grossesse a évolué jusqu'à terme, le forceps a permis l'extraction d'enfants qui sont morts peu après leur naissance. Un accouchement s'est produit spontanément à 8 mois, le résultat n'a pas été plus heureux. Deux fois, dans le pays de la malade, on provoqua l'accouchement à 8 mois, avec des enfants morts. Dans l'avant-dernière grossesse, M. le professeur Pollosson a donné naissance, par l'accouchement prématuré provoqué, à la seule enfant que cette malheureuse ait pu conserver, et si dans la dernière grossesse le résultat n'a pas été aussi favorable, cela vient de ce que la grossesse avait atteint 8 mois et demi, l'enfant était un peu trop volumineux pour passer sans danger à travers ce bassin si redoutable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 16 juillet 1900. — Présidence de M. HORAND.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le Prof. Lortet est nommé correspondant de l'Académie de médecine.

MM. LYONNET et CARRA font une communication sur l'emploi du salicylate d'amyle comme succédané du salicylate de méthyle dont il n'a pas l'odeur pénétrante. (Sera publiée.)

M. LÉPINE, à propos de la communication de M. Lyonnet, fait observer qu'à sa clinique il a substitué, depuis plusieurs mois, l'aspirine au salicylate de soude, et le pyramidon à l'antipyrine. Ces deux nouveaux mé-

dicaments sont préférables en tous points à leurs prédécesseurs, bien qu'ayant une action à peu près analogue.

Lecture est donnée d'un mémoire de M. le docteur Artaud, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société. Il est intitulé : *Quelques observations sur l'emploi clinique de l'héroïne (éther diacétique de la morphine).*

M. Soulier est chargé du rapport sur la candidature de M. Artaud.

M. Guinard lit la première partie d'un mémoire sur les *propriétés physiologiques de la dionine (chlorhydrate d'éthyle-morphine).*

M. L. Dor estime que la dionine, qu'il a employée depuis quelque temps, est appelée à un très grand avenir en thérapeutique oculaire. C'est un vaso-dilatateur d'une extrême puissance qui calme merveilleusement les douleurs profondes de l'œil. Un point très important à déterminer, c'est son degré de toxicité. Les recherches auxquelles vient de se livrer M. Guinard sont pleinement rassurantes.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 13 juin 1900. — Présidence de M. Vallas.

M. X... donne sa démission de membre de la Société comme ne pouvant pas assister aux séances.

KYSTE PAROVARIEN.

M. Patel, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Jaboulay un cas de kyste parovarien chez une femme de 30 ans. Ce kyste, à paroi mince, contenait 12 litres de liquide. Le début remonte à trois ans ; on pensait à une tuberculose péritonéale ; M. Jaboulay avait posé ce diagnostic à l'entrée de la malade. La tumeur, qui siégeait à gauche, fut facilement énucléée et la poche attirée au dehors une fois le kyste vidé.

L'ovaire du même côté présentait quelques petits kytes qui furent incisés.

A l'intérieur du kyste parovarien on constate un cordon fibreux indépendant de la paroi du kyste ; il s'agit probablement du ligament rond.

TUMEUR DU REIN ET CATHÉTÉRISME DE L'URETÈRE.

M. Rafin présente un rein cancéreux qu'il a enlevé hier matin par la néphrectomie lombaire.

Le sujet, âgé de 51 ans, dyspeptique et ancien paludéen, n'a rien éprouvé d'anormal du côté des voies urinaires jusqu'au 28 mars dernier. Il eut alors sa première hématurie. Nouvelle hématurie le 12 avril, puis le 6 mai. Urine limpide dans l'intervalle. M. Rafin le vit pour la première fois le le 20 mai et diagnostiqua une tumeur du rein gauche.

Le diagnostic, l'opération et la pièce elle-même, n'offrent rien de bien spécial.

Le point sur lequel M. Rafin désire appeler l'attention de la Société c'est que, chez ce malade, il a pu résoudre le problème que l'on doit se poser avant toute néphrectomie, à savoir : le rein opposé existe-t-il et quelle est sa valeur fonctionnelle ?

Pour cela, M. Rafin a pratiqué le cathétérisme de l'uretère du côté supposé sain à l'aide du cystoscope d'Albarran ; la sonde a été laissée à demeure dans l'uretère pendant demi-heure, ce qui a permis de recueillir directement dans le bassinet 7 centimètres cube d'urine, chiffre largement suffisant si l'on considère que le malade n'urinait en tout que 750 grammes d'urine ou tout au plus un litre en 24 heures, et que le cathétérisme uretéral a été fait 7 heures après le repas.

Cette question du cathétérisme de l'uretère est actuellement en discussion à la Société de chirurgie de Paris. A Necker, le cathétérisme uretéral est pratiqué d'une façon en quelque sorte journalière, notamment par MM. Albarran et Pasteau. A Lyon, il n'en est pas de même, et M. Rafin se demande s'il n'est pas le premier à avoir pratiqué ici ce genre d'exploration.

Le cathétérisme de l'uretère ne semble pas à l'abri de toute objection dans les affections infectieuses des voies urinaires ; mais ces reproches n'existent plus quand il s'agit d'un cas analogue au cas actuel, où l'urine était limpide.

De plus, il peut dans une certaine mesure engager le chirurgien à intervenir dans les néoplasmes du rein. On sait que, en raison de leur évolution souvent fort lente, de la réci-

dive post-opératoire très fréquente et de la gravité certaine de la néphrectomie chez les cancéreux, un certain nombre de chirurgiens s'abstiennent d'opérer.

Cette abstention semble moins légitime quand on a pu obtenir des données précises sur le fonctionnement, sinon sur l'intégrité de l'autre rein.

M. Birot demande si en pareil cas on peut tenir compte de la modification des urines, à cause des modifications que peut produire le cathétérisme.

M. Rafin constate qu'Albarran en pareil cas laisse la sonde une heure dans l'uretère pour avoir plus d'urine. D'autre part, l'introduction du cathéter modifie peu les qualités de l'urine. Albarran ne semble pas tenir compte de cet élément.

SÉCRÉTIONS INTERNES PAR INJECTIONS DE SÉRUM.

M. Guinard relate quelques expériences qu'il a faites avec M. Chatin sur les sécrétions internes, à propos d'une thèse récente inspirée par M. le Prof. Teissier, qui a obtenu des améliorations dans l'urémie par injections de sérum de la veine rénale.

(Sera publiée.)

M. Soulier, rappelant la physiologie du pancréas et les recherches de M. le Prof. Renaut sur le corps thyroïde, dit que la sécrétion interne se fait principalement par les voies lymphatiques.

M. Guinard fait observer que l'expérimentation par les voies lymphatiques est fort difficile, et pense plutôt au passage par les voies lymphatiques que par les voies veineuses

---

Séance du 20 juin.

M. Vallas, sur la demande de plusieurs membres, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. le docteur Icard, secrétaire général de la Société. (Voir ce discours page 256.)

La séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel, Dr Sargnon.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 10 mai 1900. — Présidence de M. Fochier.

ANOMALIE DE POSITION DE L'OMOPLATE PAR CONTRACTURE DU RHOMBOÏDE.

M. Nové-Josserand présente une jeune fille de 15 ans qui a été considérée comme scoliotique. Un examen attentif fait

constater que la déformation porte surtout sur l'épaule droite. L'omoplate est fortement remontée, de 3 centimètres environ, et a subi un mouvement de bascule qui a abaissé l'angle externe, rendu presque horizontal le bord axillaire, et fait saillir fortement l'angle intérieur qui se rapproche de la ligne épineuse.

Cette attitude est habituelle sans être absolument permanente. Une pression exercée sur l'os pendant que l'attention de l'enfant est détournée, ramène une position normale, bientôt suivie du retour à la position pathologique.

Cette attitude est due essentiellement à la contracture du rhomboïde; l'angulaire y prend peut-être une légère part. Ces faits sont rares, ils ont dû parfois être pris pour des scolioses dont la durée et le pronostic sont bien différents.

M. Fochier a vu des contractures isolées du trapèze, mais aucune du rhomboïde.

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE POUR DENTIER IMPLANTÉ DANS L'ŒSOPHAGE ; ABLATION PRÉCOCE DE LA SONDE ŒSOPHAGIENNE.

M. Laroyenne, interne des hôpitaux, présente la malade, âgée de 39 ans opérée il y a 20 jours par M. Vallas, et le dentier extrait. Ce dentier se compose d'une incisive fixée aux dents voisines par deux crochets ; la malade oublia de le quitter le soir du 4 février et fut réveillée dans la nuit par un accès de suffocation dû à la déglutition de l'apareil.

Entrée le 19 avril seulement dans le service de M. Vallas la malade ne pouvait déglutir que les liquides, encore les vomissait-elle fréquemment. État général bon, pas de fièvre; sensation de ressaut par la sonde œsophagienne à 22 centimètres des arcades dentaires.

Le 21 avril, 75 jours après l'accident, œsophagotomie externe sans conducteur. Le dentier est extrait sans difficulté, mais en même temps que lui se détachent de larges lambeaux de muqueuse sphacélée, et un sifflement annonce l'existence d'une perforation de la trachée. Sonde à demeure par la plaie œsophagienne, suites simples, ablation de la sonde trois jours après l'opération; on fait boire la malade, et comme le liquide ne ressort qu'en très petite quantité par

la fistule cervicale on ne replace pas la sonde et on fait un point de suture secondaire.

M. Novė-Josserand a depuis deux ans pratiqué quatre fois l'œsophagotomie externe pour des sous retenus dans l'œsophage, il n'a jamais mis des sondes à demeure. On ne donne au début que des liquides, dont une partie sort par la plaie, mais dont la plus grande part est déglutie.

M. Ollier croit la sonde nécessaire si l'œsophage a été ouvert très bas.

M. Fochier pour l'extraction des sous a eu souvent recours avec succès au panier de Græfe.

M. Nové-Josserand a toujours ouvert l'œsophage à la partie moyenne du cou, il se défie un peu du panier de de Graefe qu'il réserve poûr les cas récents, et préfère l'œsophagotomie dès que le sou est en place depuis plus de 48 heures.

HYDRO-SALPINX TORDU SUR SON PÉDICULE.

M. Fochier présente la pièce provenant d'une jeune femme qui avait eu trois grossesses et un avortement. Après ce dernier, constatation d'une tumeur indolore. Deux mois et demi plus tard douleurs violentes et symptômes de torsion des kystes de l'ovaire.

Opération simple, la poche tubaire présentait trois quarts de litre de liquide. L'oblitération s'était faite, non par oblitération du pavillon, comme il est habituel, mais dans l'intérieur même du conduit tubaire.

M. Goullioud est intervenu une fois pour une salpingo-ovarite tordue. La femme avait en même temps un gros fibrome que la castration bilatérale fit rétrocéder.

Séance du 17 mai 1900. — Présidence de M. Fochier.

RAPPORT SUR LE MÉMOIRE DE M. LE MÉDECIN-INSPECTEUR CLAUDOT : LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'APPENDICITE DANS L'ARMÉE DÉDUITES DE LA TOTALITÉ DES FAITS OBSERVÉS DANS LA 14e RÉGION EN 1898 ET EN 1899.

M. Vallas fait sur ce travail important un rapport étendu. Le mémoire de M. Claudot a pour base l'étude de 67 cas dont les détails sont annexés au mémoire. M. Claudot a divisé ses faits en quatre séries :

1° 36 cas traités par les moyens médicaux, un seul décès.
2° 8 cas graves où l'intervention tardive fut pratiquée

alors qu'il existait déjà des accidents de septicémie ou de péritonite, 8 décès.

3° 14 cas opérés du deuxième au vingt-deuxième jour, mais au moment jugé opportun, 2 décès.

4° 9 extirpations à froid, 9 succès.

Il ne faut pas conclure de cette statistique à la supériorité du traitement médical qui a réussi dans les cas bénins; on peut même lui imputer les huit décès des cas opérés trop tard.

M. Vallas comparant sa statistique personnelle de 60 cas à celle de M. Claudot trouve une identité presque complète.

Les conclusions formulées par M. Claudot et auxquelles se rattache M. Vallas sont les suivantes :

1° En dépit du théorème beaucoup trop absolu de Dieulafoy, il en est un assez grand nombre d'appendicites bénignes, quelquefois mêmes douteuses, qui sont justiciables du traitement médical, au moins à la première atteinte.

2° En présence d'une appendicite avec symptômes sérieux, la question de l'intervention doit être immédiatement posée et examinée avec soin. Nécessité du toucher rectal, indiquant les fusées pelviennes qui assombrissent le pronostic.

3° Lorsqu'après une discussion approfondie des symptômes et des indications, il semble probable que la laparotomie s'imposera à un moment donné, on doit immédiatement opérer sans jamais remettre au lendemain.

L'extirpation de l'appendice à froid est une excellente opération.

M. Vallas examine ces différents points : l'extirpation à froid est en effet excellente et lui a donné 23 cas sans mort; mais pour opérer vraiment à froid, il faut attendre longtemps, de trois à quatre mois.

La vraie question litigieuse est dans ces cas où le malade est pris de douleurs brusques avec vomissements, puis empâtement de la région cæcale et fièvre. Le diagnostic d'appendicite ou à rechute s'impose. Que faut-il faire? M. Vallas a sur ce point une opinion plus radicale que celle de M. Claudot et penche pour l'intervention. Mais cette intervention doit se borner à ouvrir le ventre pour vider l'abcès et orienter au dehors la marche du pus, à ne jamais chercher l'ap-

pendice et à ne le réséquer de suite que s'il se présente de lui-même sous les doigts de l'opérateur.

En terminant, M. Vallas propose d'inscrire M. Claudot sur la liste des membres titulaires de la Société.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE.

M. Novè-Josserand discute quelques points du rapport de M. Vallas, Tout le monde est d'accord sur le principe de l'intervention à froid; mais faut-il opérer après une première crise ou attendre une récidive? Il est plutôt d'avis de ne pas attendre. D'autre part le délai de trois à quatre mois proposé par M. Vallas lui paraît un peu long, et trois à quatre semaines semblent suffire.

L'indication opératoire n'est pas contestable, malgré les faibles chances de succès, si primitivement ou secondairement. on trouve des signes de péritonite généralisée. Il peut arriver du reste, et ce sont des cas heureux, que la péritonite. malgré de graves symptômes d'intoxication, soit localisée.

L'indication est encore nette s'il y a nettement une collection limitée dans laquelle la persistance ou le retour de la fièvre font diagnostiquer la présence du pus. Cependant si l'abcès est profond, s'il a une tendance naturelle à s'ouvrir dans l'intestin, ce que le toucher rectal révèle, il vaut mieux ne pas intervenir.

Pour ces cas toujours litigieux, où une appendicite évolue depuis deux ou trois jours avec des signes diffus qui font craindre une péritonite généralisée, M. Nové-Josserand pense qu'on a peu à gagner et beaucoup à perdre en intervenant de suite. Il ne faut pas oublier que le diagnostic de l'appendicite à cette période n'est pas toujours aussi facile qu'on semble le dire. Une péritonite tuberculeuse, une simple constipation avec colite douloureuse et fièvre peuvent simuler une appendicite.

En résumé, M. Nové-Josserand estime que l'appendicitc est bien surtout une maladie chirurgicale, mais il proteste contre l'obligation qu'on a voulu imposer au chirurgien de prendre le bistouri dès qu'on a seulement parlé d'appendicite.

TUBERCULOSE OSSEUSE DIAPHYSAIRE.

M. Gangolphe présente un malade porteur d'un énorme abcès de la cuisse qui a été ponctionné. La radiographie montre une lésion limitée de la diaphyse entourée d'une zone d'hyperostose assez considérable. Il insiste sur la rareté de ces tuberculoses diaphysaires.

M. Nové-Josserand confirme la rareté de faits semblables chez l'adulte. On les trouve par contre assez souvent chez l'enfant, non seulement sur les petits os de la main et du pied, mais sur les grands os des membres.

REVUE DES LIVRES

De l'appendicectomie, indications, contre-indications et manuel opératoire. Nécessité de l'appendicectomie précoce, par Paul Vignard, interne des hôpitaux de Lyon et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, aide d'anatomie à la Faculté de Lyon. — Thèse de 1899, Lyon.

La thèse de M. Paul. Vignaud est une monographie des plus importantes sur l'appendicectomie, envisagée surtout au point da vue de ses indications et de son manuel opératoire. Nous en conseillons vivement la lecture, car elle présente un très grand intérêt pratique, ainsi qu'on en peut juger par ces conclusions de l'auteur :

En présence d'une appendicite qui débute, il est impossible de pronostiquer d'une façon certaine comment elle évoluera. Quelle que soit la bénignité apparente des accidents, ils peuvent à bref délai donner lieu à des complications mortelles.

La plus redoutable par sa précocité et l'impossibilité de la diagnostiquer à temps est la perforation de l'appendice avec péritonite diffuse consécutive. C'est une complication fréquente. M. Talamon la signale dans 10 pour cent des cas et ce chiffre s'élève à 15, 20, 25 pour cent dans les stastistiques des chirurgiens. La statistique de M. Chauvel qui porte sur 171 cas traités éclectiquement attribue une mortalité de 30 pour 100 au traitement médical et de 31,8 pour 100 au traitement chirurgical. Il est légitime de supposer que les accidents de péritonite ont été pour beaucoup dans cette proportion élevée.

De la lecture des observations, il résulte que la perforation appendiculaire et la péritonite se produisent habituellement entre la vingtième et la quarante-quatrième heure à dater du début de la crise. On a pu exceptionnellement la constater au bout de seize heures et il est des cas où elle s'est produite après quarante-huit heures.

Le seul moyen de la prévenir est de recourir à l'appendicectomie quand le diagnostic est posé et le chirurgien appelé dans les quarante-quatre premières heures.

Pratiquée aussi précocement, c'est une opération facile qui

permet à coup sûr d'enlever l'appendice et dont la bénignité est telle, que pour tous les chirurgiens elle doit être considérée comme innocente. En effet, ici comme dans beaucoup d'autres opérations, comme dans la hernie étranglée par exemple où le pronostic est subordonné à l'état de l'intestin et non à la kélotomie elle-même ; ici c'est l'état de l'appendice et du péritoine qui est le plus souvent responsable des accidents mortels consécutifs.

Passé cette première période de la maladie, les dangers d'une perforation sont notablement diminués et la conduite pourra varier suivant les circonstances.

Si les phénomènes généraux persistent (température, état nauséeux, pouls rapide) et que d'autre part il n'y ait pas de phénomènes locaux appréciables, il faudra redouter l'absence de limitation du processus, sa diffusion de proche en proche au péritoine et opérer de suite au même titre que précédemment. A plus forte raison encore, si on trouve de la péritonite.

La constatation d'un commencement de tuméfaction dans la fosse iliaque est généralement l'indice de l'enkystement du foyer et quelque temporisation est alors permise. La température, le pouls, l'habitus extérieur du malade devront être soigneusement et fréquemment notés. Au moindre soupçon d'abcès collecté, il sera nécessaire d'ouvrir et de drainer. On ne regrettera pas d'être intervenu trop tôt et le contraire s'est vu maintes fois.

La résection de l'appendice n'est pas nécessaire, et la thèse d'Ollivier, celle de Coittier et nos recherches personnelles nous permettent de conclure que souvent après suppuration l'appendice cesse d'être dangereux.

Au contraire, si on assiste à la formation d'un plastron de périappendicite plastique et que les phénomènes généraux soient peu accusés, il sera préférable, tout en surveillant exactement le malade, d'attendre la fin de la crise pour pouvoir opérer à froid.

L'appendicectomie à froid constitue en effet le traitement de choix de l'appendicite avec péritonite plastique après résolution et de l'appendicite chronique d'emblée.

Dans ces formes, et contrairement à ce que nous avons vu

pour les cas de suppuration. il faut enlever l'appendice. La guérison n'est qu'à ce prix.

Mais c'est là un desiratum qui n'est pas toujours facile à remplir lorsqu'il reste des adhérences. Il sera parfois utile de recourir à l'artifice de l'appendicectomie sous-péritonéale mise à profit par M. le professeur Poncet et que nous avons décrit.

Nous nous sommes longuement étendu sur le manuel opératoire de l'appendicectomie et sur les modifications personnelles qu'y ont apporté divers auteurs. On ne saurait donner de règles fixes. Cependant, il faut insister sur la nécessité d'assurer d'une façon méthodique et complète l'occlusion de l'orifice créé par la section de l'appendice. On le fermera à l'aide d'un double plan de sutures et on fera autant que possible disparaître le moignon.

En résumé : Le traitement de l'appendicite est un traitement chirurgical qui consistera suivant les circonstances que nous avons déterminées, soit en une laparotomie iliaque avec appendicectomie (opération idéale), soit seulement en une simple mais large ouverture du foyer infectieux avec drainage.

En pratique, l'opération doit être aussi hâtive que possible. Elle seule donne la sécurité dans le cours d'une maladie redoutable et dont il est impossible de fixer le pronostic lorsqu'elle est est abandonnée à elle-même, c'est-à-dire traitée médicalement.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la blennorragie vaginale par l'aniodol. — Les propriétés antiseptiques de l'aniodol ont été mises en lumière par les travaux bactériologiques du professeur Berlioz, de Grenoble, et de M. Mérieux, de l'Institut Pasteur.

M. Havothon, interne des hôpitaux de Marseille, montre, dans un intéressant travail que publie le *Bulletin médical* du 20 juin 1900, le parti que l'on peut tirer de son action thérapeutique dans le traitement de la blennorragie de la femme.

Il l'a vu mettre en usage à Marseille par le professeur Mi-

chel, dans le service des femmes vénériennes, et il rapporte plusieurs observations où ce nouveau médicament a donné d'excellents résultats.

L'aniodiol est employé en injection, en lavages vaginaux qu'on fait matin et soir et pour lesquels on se sert d'une solution chaude de deux litres au titre de 1/4000ᵉ. On peut, dans certains cas, recourir à une solution plus concentrée, une solution de 1/3000ᵉ, 1/2000ᵉ et même quelquefois 1/1000ᵉ. Mais généralement il vaut mieux user de solutions étendues, de 1/4000ᵉ à 1/3000ᵉ. Avec des solutions d'un titre élevé on serait exposé à voir l'aniodol faire coaguler l'albumine de l'écoulement muco-purulent et recouvrir ainsi les surfaces malades d'un vernis protecteur qui les empêcherait de ressentir l'action de l'agent thérapeutique.

Après chaque injection, on introduit et on laisse dans le vagin, un tampon de coton aseptique imbibé d'une solution d'aniodol au même titre que celle de l'injection.

L'aniodol donne des résultats beaucoup plus rapides que le permanganate de potasse. Avec ce nouveau mode de traitement on obtient la guérison en 8 à 15 jours.

La blennorragie vaginale est souvent compliquée d'urétrite et parfois même de cystite blennorragique. En pareille circonstance, il faut adjoindre aux lavages vaginaux, une fois par jour, une injection intra-vésicale faite avec la solution d'aniodol à 1/4000ᵉ.

Dans le cas où l'affection aurait pénétré dans le col de la matrice et dans la cavité utérine, il ne faudrait pas hésiter à recourir à des injections intra-utérines faites une fois par jour avec la même solution d'aniodol.

Ce n'est pas seulement dans les affections blennorragiques de la femme que l'aniodol peut rendre des services. Il est appelé à remplacer, dans la pratique obstétricale, l'acide phénique et le sublimé corrosif. Depuis plusieurs mois les professeurs Queyrel et Pinard en ont introduit l'usage à la clinique obstétricale de Marseille, soit pour le lavage des mains et des instruments de l'accoucheur, soit pour les injections avant et après l'accouchement, et le professeur Pinard a pu ainsi, depuis plus d'un an, arriver à une statistique de 1389 accouchements à l'hôpital, sans aucun décès.

Thermalité des eaux minérales, par Edmond BONJEANS. — Au point de vue géologique, chimique, bactériologique, bues à la source ou transportées, l'auteur est plus favorable aux eaux chaudes qu'aux eaux froides, nécessairement à composition altérée par suite de l'éloignement du lieu de leur formation. Embouteillage et bouchonnage doivent être faits l'eau étant aussi chaude que possible. (*Bull. thérap.*, 23 juin, p. 899.)

Saignée dans le coup de chaleur, par KLEIN. — X..., chauffeur, 28 ans, soif vive, perte de connaissance, convulsions. Application de glace, respiration artificielle. L'inhalation de chloroforme aggrave l'état. Pouls petit, la cyanose augmente, œdème pulmonaire, mort imminente. Une saignée de 220 grammes améliore rapidement; sommeil calme de 10 heures. (*Münch, med. Woch.*, n° 27.)

Infection paludéenne, par GRAWITZ. — Pour l'auteur, on abuse, au point de vue pathologique, des moustiques. Au moins dans les climats tempérés, l'eau, le marais ont le principal rôle. Dans l'Allemagne du Nord, le maximum des cas de malaria a lieu en mars-juin; ce devrait être en septembre si les moustiques y étaient pour quelque chose. Améliorer le régime des eaux est ici le moyen préventif par excellence. Vu la similitude entre certains parasites du sang chez les animaux aquatiques et l'hématozoaire de Laveran, l'hôte intermédiaire qu'est pour ce dernier, dans l'air, en pays chauds, le moustique, serait dans l'eau, en pays froid. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 24.)

Le renforcement du second bruit aortique à l'angle de l'omoplate gauche comme signe précoce d'artériosclérose généralisée, par FRIEDMANN. — Le malade doit avoir les bras croisés sur la poitrine, de façon à augmenter l'étendue des espaces interscapulaires et respirer tranquillement. Le renforcement en question a son intensité maxima en un point situé près de l'angle de l'omoplate et sur une ligne allant de cet angle à l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre dorsale. (*Sem. méd.*, p. 225, 1900.)

Explosion déterminée par un mélange de chlorate de potasse et de saccharine, dans la confection d'une poudre dentifrice, (1) par Créquy. — L'auteur avait ainsi formulé : chlorate de potasse, 5 ; magnésie calcinée, craie préparée, borate de soude ââ 10 ; essence de menthe, deux gouttes. C'était parfait, mais pour rendre sa poudre plus aseptique, M. Créquy ajouta 0,50 de saccharine. Or, le pharmacien, triturant dans un mortier le chlorate et la saccharine, produisit une violente explosion et se brûla les mains. Conclusion : *Ne pas manipuler ensemble le chlorate de potasse et la saccharine.* (*Soc. Thérap.*, 1894.)

Traitement de la coqueluche. (Concetti, de Rome.)

Résorcine	2 gr.
Antipyrine	1 gr.
Eau distillée................	70 gr.
Teinture d'opium............	III gouttes.
Teinture de belladone.......	VIII —
Sirop de codéine............	10 gr.
Sirop de cédrat.............	20 gr.

M. s. a.

Chez les enfants au-dessous d'un an, cette potion doit être prise en 3 jours ; de 1 à 3 ans, en 2 jours ; au-dessus de 3 années, elle doit être absorbée dans les 24 heures.

Formule de Hebra pour l'acné.

Soufre sublimé..............	10 gr.
Esprit de savon de potasse....	20 gr.
Alcoolat de lavande.........	60 gr.
Alcoolat camphré...........	10 gr.
Baume du Pérou	1 gr. 50.
Essence de bergamotte	V gouttes.

Lotionner la peau.

(*Hebra.*)

(1) Bien que le fait ci-dessus soit ancien, nous le rappelons, puisque la saccharine est un sujet d'actualité.

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN PAR COUP DE TIERS-POINT ; PERFORATION DE L'INTESTIN GRÊLE ; LAPARATOMIE ; DRAINAGE ; GUÉRISON.

Par M. Jaboulay.

Un confrère, médecin dans un asile d'aliénés, reçut le 22 janvier dernier, à 9 heures du matin, d'un de ses malades, menuisier, qu'il venait de vacciner, un violent coup de tiers-point dans l'abdomen. L'instrument pénétra jusqu'au manche, environ de 15 centimètres, sur la ligne médiane, à peu près à égale distance de l'ombilic et du bord supérieur du pubis. Notre confrère, occupé à vacciner un autre malade, eut la sensation que son agresseur lui avait enfoncé tout entier son poing dans le ventre. Il y portait immédiatement la main, et trouvait l'instrument, vite il le saisit et le retira. Pris de désespoir, il courut se jeter sur un lit de malade et dut, pour arriver, traverser un corridor de 20 mètres et monter un étage de 40 marches d'escalier environ. Le Dr Carrier, médecin honoraire des hôpitaux et son fils, interne des hôpitaux, ses voisins, accoururent aussitôt pour l'encourager et le réconforter. Appelé par le blessé, j'emportai les instruments nécessaires.

Dans une salle d'aliénés, parfaitement indifférents à ses souffrances, notre confrère était étendu, habillé, maculé de sang, pâle, le nez froid, le pouls petit. Il répétait « combien de temps ai-je à vivre, il faut me le dire ». L'abdomen présentait à l'endroit indiqué une plaie triangulaire, ayant 1 centimètre 1/2 sur chaque face, saignant par de continuelles gouttes de sang : un peu à gauche de la ligne médiane, une surélévation indiquait la perforation du péritoine et l'engagement d'une anse intestinale dans la partie profonde de la paroi ; les coliques revenaient toutes les 2 ou 3 minutes, accusées surtout dans la partie gauche de la région sous-ombilicale ; j'avais examiné le tiers-point à mon arrivée, il avait été lavé. Le diagnostic de plaie pénétrante et la nécessité de l'opération s'imposaient ; mais pratiquer la laparotomie dans ce milieu, dans une salle d'hôpital, c'était courir à

un désastre. Je me contentais de faire l'hémostase et le premier pansement, puis j'obtins du malade et des siens qu'il serait transporté à l'Hôtel-Dieu, pour y être soigné régulièrement. Lorsqu'il arriva, il fut amené dans la salle d'opérations de mon service où tout avait été préparé pour l'intervention. C'était 2 heures 1/4, 5 heures après la blessure. Le collapsus avait cessé, le malade avait pu uriner, mais il avait eu un vomissement et le ventre était un peu ballonné.

Après anesthésie à l'éther, je fis sur la ligne médiane de l'abdomen, la perforation en occupant le centre, une incision de la longueur de l'index environ; et je suivis cette perforation : elle passait au-delà du tissu cellulaire sous-cutané, dans le muscle grand droit gauche, qui avait éclaté autour de l'instrument : la perte de substance avait de 4 à 5 centimètres de diamètre; derrière, un trou dans le péritoine de 2 à 3 centimètres de diamètre. Une anse intestinale se présente à cet orifice, elle était la cause de la voussure du ventre à ce niveau.

Une fois faite, l'hémostase de la surface musculaire qui saigne le plus, j'éviscère cette anse; rien d'anormal ne se présente à sa surface, mais derrière elle et à gauche dans le péritoine, du sang s'est épanché, il arrive à l'orifice extérieur et sort après quelques respirations. L'exploration digitale de la région, qui est dans la direction de la perforation pariétale, ne me fait pas constater d'épanchement autre que le sang, je place alors deux drains en caoutchouc, l'un continue la plaie dans la profondeur et s'enfonce de 15 à 16 cent., l'autre, de même dimension, part de l'extrémité inférieure de la laparotomie, descend entre la vessie et le rectum. Leur diamètre est de 1 cent. environ. Une mèche de gaze les entoure par devant le péritoine fermé entre les deux.

La cavité péritonéale ne communique donc avec l'extérieur, c'est-à dire le pansement, que par les orifices des deux drains. Quatre heures après, la température axillaire prise pour la première fois était de 38°,5. Le sang s'écoula du péritoine dans le pansement qui fut refait le lendemain matin; la température à ce moment était de 37°,6. Elle fut prise dans l'aisselle pendant les 10 premiers jours. Le surlendemain, même température, mais le pansement est souillé de matières fécales, qui sont sor-

ties par le drain d'en haut. La veille, le malade et son entourage avaient entendu des gaz s'échapper à ce niveau. Le 3e jour l'opéré fut agité et ne cessa de tourner dans son lit; il accusait un peu de gêne respiratoire, il eut deux régurgitations bilieuses dans la nuit. Le 25, l'état local et général restent stationnaires, la température le soir à 4 heures est de 38°,3; le 26, l'agitation a cessé, l'écoulement par le drain a été considérable, il venait de l'intestin grêle, c'était un liquide jaune âcre, corrodant la peau. Le balllonnement du ventre, assez accusé les trois premiers jours, a diminué à la suite d'évacuation précédées chaque fois de coliques. Il est à noter que la perforation intestinale a servi de soupape de sûreté contre le météorisme, en permettant l'issue du gaz et des matières au moment où la distension augmentait. Des injections de sérum artificiel ont été faites pendant les cinq premiers jours.

Les selles se régularisèrent à partir de ce 5e jour, sans empêcher toutefois une grande déperdition par la plaie, de liquides intestinaux obligeant à renouveler le pansement à plusieurs reprises dans les 24 heures. Le 10e jour, le ventre étant tout à fait plat, les drains furent enlevés; aussitôt l'écoulement intestinal par la plaie s'est arrêté pour ne plus reparaître. Ce fait montre que le drain placé suivant le trajet du tiers-point avait pénétré dans la perforation de l'anse grêle, en avait refoulé les bords à l'intérieur; une fois le drain retiré, les bords s'étaient adossés comme des valvules s'opposant au passage du contenu au dehors. D'autre part, on peut invoquer la contraction de la tunique musculaire circulaire qui ferme, en le déviant, le trajet de la blessure (Vogt). Le soir de l'ablation des drains, il y eut un peu de ballonnement et de diarrhée, la température axillaire restant à 37°,6. La plaie de la paroi abdominale fut longue à se cicatriser; elle mit environ cinq semaines, pendant lesquelles elle suppurait à son extrémité inférieure; à ce niveau sortait un catgut appartenant à la suture du ventre; pendant huit jours, la température a oscillé de 37 à 38°,8, puis est devenue normale. Le malade a commencé à se lever deux mois après la blessure; il est aujourd'hui guéri sans éventration, et débarrassé du moins actuellement d'une certaine paresse intestinale et de tiraillement dans le côté gauche qui durèrent plus

de deux mois après l'ablation du fameux drain d'en haut.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen, produites par cet instrument terrible qu'est le tiers-point, doivent être opérées ; l'étendue de la responsabilité que le chirurgien assume, en proposant l'intervention, ne saurait excuser sa fuite par l'abstention. A la fois piquant, tranchant, contondant, le tiers-point déchire et mâche les tissus, à l'entrée et à la sortie, avec les innombrables dentelures dont sont armés ses trois faces et ses trois bords ; il possède en outre, une grande force de pénétration qui est la conséquence de sa forme en pyramide triangulaire ; enfin, les plaies produites par cet instrument, d'ordinaire malpropre, ne peuvent se cicatriser vite et doivent suppurer. Quand la laparotomie avec éviscération de l'anse voisine n'a rien révélé, il faut se comporter comme s'il y avait perforation ; le mieux, dans ces cas où n'existe aucune indication pour une éviscération considérable, est de drainer en plaçant au moins un drain dans le sens de la pénétration. C'est éviter d'un côté une opération trop grave pour des malades déprimés, de l'autre, une intervention insuffisante qui laisse s'emprisonner des liquides dans le péritoine et s'établir la septicémie. C'est assurer encore l'issue au dehors d'un épanchement déjà formé comme le sang, ou qui va se produire comme le contenu de l'anse intestinale trouée, quand la réaction péritonéale aura fait distendre l'intestin et ouvrir ainsi l'orifice de la perforation.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Ordre du jour du 30 juillet :

M. HORAND : Influence des maladies intercurrentes sur les maladies cutanées.

HOSPICES CIVILS DE LYON ; — CONCOURS DE PHARMACIENS-ADJOINTS. — Le lundi 12 novembre 1900, il sera ouvert un concours public pour la nomination de huit pharmaciens-adjoints et d'un nombre à fixer au moment du concours, de pharmaciens-adjoints suppléants.

CONCOURS POUR DES PLACES D'INTERNE AUX HOSPICES DE NIMES — Un concours pour des places d'élèves internes s'ouvrira le mercredi 7 novembre 1900. Les candidats devront déposer avant le 30 octobre, au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande d'admission.

L'ANCÊTRE DU GANT DE CRIN. — Tous les médecins ont plus ou moins ordonné l'usage du gant de crin pour se frictionner après les ablutions, mais on ignore généralement l'antiquité de cet emploi. Le gant de crin a eu pour ancêtre le strigile, d'un usage constant chez les anciens. Ils s'en servaient comme d'une étrille dans les bains pour frotter la peau et dans les gymnases pour enlever la poussière et la sueur. Plus dur que notre moderne gant de crin, le strigile était en fer, en cuivre, en argent, en ivoire ou en corne. Il avait la forme d'un racloir dont le manche creusé permettait d'engager la main pour tenir l'instrument. Il n'était pas de maison qui ne possédât un strigile et le possesseur faisait graver son nom sur le manche.

UNE CONSULTATION FRANCO-TURQUE. — Nous lisons dans le *Stamboul* (14 juillet), journal de Constantinople : « Le docteur Saïd bey, médecin particulier de S. M. I. le Sultan, vient d'être chargé par son souverain d'assister à la consultation des médecins traitants de S. A. Djewad pacha, commandant en chef du 3e corps d'armée. Parmi les médecins se trouvaient MM. les docteurs de Brun et La Bonardière, professeurs de la Faculté française de médecine de Beyrouth. Ces deux praticiens français ont été l'objet de la haute faveur impériale pour les bons soins donnés à S. A. Djewad pacha ; ils ont assisté à la cérémonie du Selamlik....

LE COUTEAU DE RAVAILLAC. — Le comte de la Force, dont l'ancêtre était capitaine des gardes au moment où Henri IV fut assassiné rue de la Ferronnerie, et avait recueilli le couteau de Ravaillac, prête cette arme historique à l'Exposition rétrospective militaire, où on pourra la contempler.

L'ÉTHÉROMANIE EN ALLEMAGNE. — L'augmentation de l'impôt sur l'alcool en 1887, a eu pour conséquence, dans certaines provinces de l'Allemogne, de dévolopper l'éthéromanie à la place de l'alcoolisme. Trouvant l'alcool trop cher, nos voisins d'outre-Rhin l'ont remplacé par l'éther qui leur revenait à meilleur marché.

Dans le cercle ee Memel (Prusse Orientale) la consommation d'éther en 1897 a été de 8580 litres. Le chef-lieu du cercle en a consommé à lui seul à peu près la moitié.

MOTS DE LA FIN. — Le docteur X... rencontre un de ses confrères :

— Où allez-vous si affairé ?

— Chez le banquier Z... C'est la cinquième fois qu'il me fait appeler pour l'opération de la pierre.

— Cinq fois ! Veinard, allez ! Que d'argent vous devez gagner, un vrai denier de Saint-Pierre !

Lu à la devanture d'un libraire :

HISTOIRE D'HÉLOÏSE ET D'ABEILARD

(*Reproduction interdite.*)

J'te crois !!!

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juillet.	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
15	749	12	748	18	+32.3	15	+16.6	4	74	56	0.0	4.3	32
16	752	7	751	18	+34.4	15	+16.7	4	72	42	0.0	2.8	33
17	753	7	752	18	+34.6	13	+16.3	5	71	36	0.0	5.4	33
18	751	7	749	18	+34.0	15	+18.0	4	64	38	0.0	4.9	27
19	748	7	746	18	+34.3	15	+16.5	5	59	41	0.0	5.0	32
20	749	7	748	18	+34.6	14	+16.3	5	47	33	0.0	6.1	23
21	751	7	750	18	+34.6	14	+16.9	5	61	39	0.0	7.7	29

Maladies régnantes. — Il a été enregistré 209 décès, chiffre bien supérieur à celui de la semaine dernière, puisque nous n'avions eu que 139 décès déclarés. La mortalité a donc augmenté de 70 et nous remarquons que ces chaleurs accablantes favorisent beaucoup les maladies du cerveau et les diarrhées infantiles.

La scarlatine est en progrès, il y a 23 cas déclarés, et un bon nombre de phtisiques succombent en ce moment.

Nous avons 5 cas de fièvre typhoïde déclarées au Bureau d'hygiène et 20 cas de variole ainsi répartis : 1 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIe, 1 dans le IIIe, 2 dans le IVe, 9 dans le Ve, et 5 dans le VIe.

Les maladies aiguës des bronches sont très fréquentes, ainsi que les méningites et les affections cancéreuses.

Les apoplexies cérébrales sont bien plus nombreuses que la semaine précédente, et d'après le tableau des maladies épidémiques il a été déclaré 2 cas de diphtérie.

Sur les 209 décès hebdomadaires (dont 100 dans les hôpitaux civils), 42 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 32 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 21 juillet 1900 on a constaté 209 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Broncho-pneumonie	15	Affections des reins.	9
Variole	0	Pneumonie........	5	— cancéreuses..	20
Rougeole	1	Pleurésie..........	1	— chirurgicales.	12
Scarlatine.	0	Phtisie pulmonaire.	25	Débilité congénitale	6
Erysipèle..........	1	Autres tuberculoses	5	Causes accidentelles	5
Diphtérie-croup ...	1	Méningite aiguë...	6	Aut. causes de décès	18
Coqueluche........	0	Mal. cérébro-spinale*	31	Causes inconnues..	0
Affect. puerpérales.	2	Diarrhée infantile..	16		
Dysenterie	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	4	Naissances	174
Bronchite aiguë....	2	Maladies du foie...	3	Mort-nés........	5
Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	15	Décès..........	209

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

LE CHANCRE SYPHILITIQUE INTRA-NASAL

Par M. J. GAREL, médecin des hôpitaux.

En 1895, j'ai publié à la Société française de laryngologie deux cas de chancre syphilitique de la cloison nasale. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'observer quatre nouveaux cas. J'ai tenu à les publier, car les lésions de cette nature sont encore relativement rares. Il est cependant utile pour le praticien de les connaître. Le diagnostic n'est pas toujours facile, même pour ceux qui en ont rencontré plusieurs cas. Le plus souvent, c'est l'apparition des accidents secondaires qui seule permettra de classer une ulcération nasale ou une tumeur sur la nature desquelles on n'avait pas encore pu se prononcer.

La question du chancre syphilitique intra-nasal nous intéresse d'autant plus que la plus grande partie des observations publiées appartiennent à la littérature française, comme le fait remarquer Schech dans un récent article du grand Traité de laryngologie et de rhinologie de Heymann. Je puis même ajouter qu'un certain nombre sont d'origine lyonnaise, puisque sur les 45 cas que j'ai pu réunir, 13 appartiennent à notre région. Il me suffira de citer les noms bien connus de Nodet, Rollet père, Jullien, Poncet, Rollet fils qui, entre eux, ont fourni sept observations. Je suis heureux de pouvoir ajouter à cette liste, outre les deux cas que j'ai publiés antérieurement, une nouvelle série de quatre cas personnels.

C'est là un chiffre proportionnellement élevé; mais on conçoit sans peine que les rhinologistes sont mieux placés que quiconque pour rencontrer de semblables lésions. Le chancre syphilitique intra-nasal est, en effet, une affection essentiellement locale, et, si l'obstruction devient trop gênante, le malade s'adresse à un rhinologiste avant l'apparition des accidents secondaires. Mais la tâche du rhinologiste n'en est pas plus facile, car le diagnostic ne peut s'établir pour ainsi dire que sur l'aspect même de la lésion. Or, cette lésion est loin de se présenter toujours sous le même aspect,

elle revêt des caractères fort différents suivant les cas, et le champ est largement ouvert pour une erreur de diagnostic. J'en cite pour preuve toutes les erreurs avouées par les divers auteurs.

Dans cette étude, je ne m'occuperai que du chancre intra-nasal et non du chancre externe du nez, ni de celui de la trompe d'Eustache. Les chancres externes siégeant sur les téguments de l'appendice nasal sont moins souvent soumis à l'examen des rhinologistes. Quant à ceux de la trompe, de par leur siège et de par leur mode de transmission, ils appartiennent à une classe complètement différente; ils sont le résultat d'une inoculation par une sonde d'Itard infectée.

Je n'ai pas l'intention de reprendre l'historique de la question, il est complet dans les travaux antérieurs jusqu'à 1895. Je me contenterai de rappeler les thèses de Dupond (1887), Reboul (1892), Le Bart, Bazénerie (1894), une excellente revue générale d'un de mes anciens internes, le docteur Chapuis (1895) et enfin, dans le cours de la même année, la thèse de Brunon inspirée par Chapuis.

Brunon qui avait puisé l'idée de sa thèse dans mon service, a limité ses recherches exclusivement au chancre intra-nasal, et il a pu réunir dans son travail environ 35 cas, depuis 1844 (premier cas publié par M. Mac-Carthy) jusque vers la fin de 1895. Dans cette série, Moure est inscrit pour plusieurs observations personnelles. Sans aucun doute ces chiffres sont incomplets, car il est un grand nombre de cas qui n'ont jamais été publiés.

Le chancre du nez, d'après les statistiques, est un accident relativement très rare. Jullien a fait une statistique de 2.043 chancres syphilitiques, dans laquelle il n'a pu trouver que 8 chancres du nez, dont un seul intra-nasal.

La statistique de Fournier s'est bornée aux chancres extra-génitaux. Sur 794 chancres de cette nature, il n'a relevé que 13 chancres du nez, parmi lesquels 2 seulement siégeaient sur la pituitaire. Le chiffre des chancres du nez n'atteint donc pas même 2 °/₀. Cependant Le Bart arrive au chiffre de 3,7 °/₀ en réunissant les statistiques de plusieurs auteurs concernant les chancres extra-génitaux.

Le mode de transmission du chancre de la pituitaire est très variable. Si le contact direct peut intervenir pour le

chancre externe, il n'en est plus de même pour le chancre intra-nasal. Pour ce dernier, la contagion est toujours médiate. C'est le doigt chargé de virus syphilitique qui provoque l'inoculation de la muqueuse. Sans doute, le doigt peut s'infecter au contact des organes génitaux d'un sujet syphilisé ; mais, comme le dit Schech, l'infection se transmet bien plus souvent par le contact d'objets de toilette usuels : mouchoirs de poche, éponge, essuie-main, etc. Higguet cite un cas de transmission par l'emploi commun d'une même tabatière.

On le voit, les conditions les plus imprévues président à cette infection, et l'inoculation est singulièrement favorisée par la mauvaise habitude qu'ont beaucoup de personnes de se porter les doigts au nez d'une manière fréquente. Il arrive fatalement, à un moment donné, que l'ongle excorie la muqueuse et dépose à sa surface un contage quelconque, banal le plus souvent. Chez quelques-uns l'excoriation détermine l'ulcère simple et perforant de la cloison, chez d'autres, elle ouvre la porte au bacille de la tuberculose ou à d'autres germes plus ou moins infectieux. Enfin, chez ceux qui vivent en contact permanent avec des syphilitiques en puissance de contagion, il pourra se faire que le doigt accidentellement infecté inocule la syphilis sur la pituitaire. La contagion par le doigt est considérée comme la règle par tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Le chancre du nez est essentiellement polymorphe. Il siège plus souvent sur la cloison que sur la face interne de l'aile du nez. Son volume est variable. Il forme une sorte de saillie reposant sur la muqueuse et présentant à son sommet une ulcération, *ulcus elevatum*, dont la surface est recouverte d'une croûte verdâtre, parfois même d'une membrane d'aspect diphtéroïde. L'induration profonde est difficile à apprécier quand le chancre repose sur le cartilage de la cloison, on la perçoit au contraire facilement dans les chancres de l'aile nasale.

Parfois le chancre provoque à sa périphérie une inflammation par infection secondaire, inflammation qui peut simuler un érysipèle, comme dans les cas de Thibierge et de Chapuis. Nettleship a même vu un chancre déterminer un abcès du sac lacrymal.

L'épistaxis que l'on rencontre dans certains cas, n'est pas un symptôme obligatoire, mais un signe purement accidentel.

Je n'insisterai pas sur les douleurs de tête qui sont semblables à celles que l'on observe dans toute syphilis au début. Cependant, vu le siège du chancre, les douleurs sont peut-être plus accusées et l'on constate des douleurs irradiées dans la région intra-orbitaire.

L'envahissement des ganglions varie suivant la localisation du chancre. Comme le dit Jullien, le chancre externe affecte les ganglions sous-maxillaires, celui de la muqueuse affecte les glandes pharyngiennes. Mais l'infection ganglionnaire est, bien entendu, subordonnée à l'étendue de la lésion et aux infections secondaires surajoutées. Suivant Brunon, les ganglions sous-maxillaires sont ordinairement pris les premiers. Ces ganglions ne sont pas ceux où aboutissent les lymphatiques de la pituitaire, mais ceux qui repondent aux ailes du nez, au lobule, à la sous-cloison et au revêtement cutanéo-muqueux de l'intérieur des narines. La pituitaire ne commence, en effet, qu'à 10 ou 15^{mm} plus haut que l'orifice externe. Or, il est bien rare que le chancre de la pituitaire, même profondément situé, ne se propage pas à la région cutanéo-muqueuse du pourtour de l'orifice nasal. Les ganglions sous-maxillaires sont donc encore envahis tout comme ceux de la pituitaire. Ces derniers, d'après Simon, Panas et Testut, se dirigent en arrière et forment deux troncs principaux, l'un aboutissant à un ganglion volumineux placé au-devant de l'axis, l'autre se dirigeant en bas pour aboutir à son tour vers un ou deux ganglions situés dans le voisinage de la grande corne de l'os hyoïde. (Voir Testut, *Anatomie humaine*). Chapuis et Le Bart ont insisté d'une manière spéciale sur la recherche de ces ganglions.

On a signalé aussi l'envahissement des ganglions parotidiens, préauriculaires et géniens ; le fait s'explique par les rapports anatomiques de la partie antérieure et supérieure du méat inférieur.

Le diagnostic du chancre du nez est ordinairement fort difficile. Quand on se trouve en présence d'un chancre de la pituitaire, on songe à tout excepté à la syphilis : diphtérie, lupus, tuberculose, sarcome, etc., viennent naturellement à

l'esprit. On songera bien parfois à une lésion tertiaire, mais rarement à une lésion primitive. D'ailleurs inversement une lésion tertiaire peut en imposer pour une lésion primitive, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un fait que l'on trouvera relaté dans la thèse de Brunon.

Quant à la question du traitement du chancre, je ne m'y arrêterai pas ; on instituera le traitement mercuriel de toute syphilis au début.

Je vais maintenant passer en revue les quatre nouvelles observations qu'il m'a été donné d'observer depuis ma première publication en 1895.

OBSERVATION I. — *Chancre syphilitique de la partie inférieure de la cloison nasale.*

Un homme âgé de 31 ans m'est adressé par mon confrère, le docteur Drey, pour une affection nasale remontant à quinze jours environ. Dans ses antécédents on retrouve un eczéma généralisé qui fut traité par le docteur Bruyère.

Aujourd'hui, 16 mars 1896, le malade se plaint de douleurs névralgiques violentes dans la tête au niveau de la région frontale du côté droit seulement.

Il présente une sorte d'ulcération nasale siégeant sur la partie inférieure de la cloison nasale du côté droit. Il existe un ganglion pré auriculaire à droite depuis le début. Le malade dit avoir eu quelques épistaxis légères.

Lors de ce premier examen, je réserve mon diagnostic, je prescris un traitement local insignifiant et je renvoie le malade à huitaine.

Le 25 mars, je revois le malade. La lésion nasale n'a guère changé. L'ulcération paraît plus creusée et son fond repose sur une sorte d'élevure.

Le ganglion pré-auriculaire est toujours très dur à droite et il existe même un petit ganglion du côté gauche. Cette lésion ne ressemble en rien aux autres lésions que l'on a coutume d'observer ordinairement dans les fosses nasales. Sans autre information et en me basant sur l'aspect de la lésion, je n'hésite pas à porter le diagnostic de chancre syphilitique de la cloison.

Je n'ai pas revu le malade, mais le docteur Drey m'a déclaré plus tard que la suite des événements avait donné une confirmation absolue de mon diagnostic, car les accidents secondaires sont survenus dans les délais ordinaires.

Dans ce cas, je n'ai porté le diagnostic exact que lors de la seconde visite du malade. Mais j'ai basé ce diagnostic uniquement sur l'aspect même de la lésion, car les accidents secondaires faisaient encore défaut.

Obs. II. — *Chancre syphilitique intra-nasal de l'aile du nez.*

Jeune fille de 22 ans, de la Haute-Loire, ouvrière dans une usine de tissage, se présente à la consultation gratuite le 30 septembre 1899.

Elle présente du côté gauche, en dedans de l'aile du nez, une petite tumeur saillante, dure, arrondie, du volume d'un haricot, non ulcérée à la surface. Je n'hésite pas à porter le diagnostic de chancre syphilitique, opinion qui est confirmée d'ailleurs par l'examen des amygdales. Les amygdales, en effet, sont volumineuses et rouges, elles sont, de plus, couvertes de plaques muqueuses.

La malade raconte ainsi son histoire :

Il y a deux mois et demi, elle commença à éprouver des douleurs dans la fosse nasale gauche. Quelques jours après, apparition d'une tumeur dure du volume d'un petit pois en dedans de l'aile du nez. Un peu plus tard, survint de la dysphagie douloureuse de l'arrière-gorge, qui a dû coïncider avec l'apparition des plaques muqueuses. Au bout d'un mois environ la malade se décide à consulter un médecin qui, pendant deux semaines, lui fait des cautérisations quotidiennes au nitrate d'argent. Devant l'inefficacité du traitement, le médecin tenta des badigeonnages au perchlorure de fer sur le pharynx et sur les amygdales.

Dès le début des symptômes survenaient quelques ganglions qui existent encore aujourd'hui : l'un volumineux est situé en avant de l'oreille gauche, d'autres, moins gros, réunis en chapelet, sont situés le long du sterno-cléido-mastoïdien.

Actuellement, outre le chancre, nous devons noter la présence d'une synéchie blanche d'aspect fibreux, siégeant en arrière du chancre. Cette synéchie s'est produite entre la cloison et le cornet inférieur, elle n'a aucun rapport avec l'affection syphilitique. Le nez est un peu affaissé, mais cette déformation remonte à une chute que fit la malade dans la première enfance. La rhinoscopie postérieure dénote la présence de pus et de mucosités épaisses au niveau des choanes. La malade ressent quelques douleurs dans la région frontale. On ne trouve pas trace d'éruption cutanée.

La malade a une conduite irréprochable, son chancre paraît donc être purement accidentel et d'origine médiate, mais il est difficile d'expliquer cette contagion. La famille prétend bien que la malade vit en commun à l'usine avec des filles de moralité plus ou moins douteuse, mais ce fait ne nous éclaire pas davantage.

On institue aussitôt le traitement spécifique, par les pilules de Ricord.

Huit jours après je revois la malade. Elle est sortie de la période d'ahurissement où l'avait plongée de prime abord mon diagnostic. Elle m'apprend alors un fait qui jette le jour le plus complet sur le mode de contagion. Au mois de mai dernier, sa sœur lui confie sa petite fille âgée de six mois dans le but de la sevrer. Immédiatement l'enfant se mit à tousser et à avaler avec grande difficulté. Il survint alors dans le nez et dans la gorge des sortes de croûtes. Un médecin consulté à ce sujet prescrivit des badigeonnages à la vaseline boriquée dans les fosses nasales, et pour la gorge des insufflations d'une poudre dont elle ignore la composition.

Le médecin montra lui-même la façon de faire les insufflations avec un tube de macaroni. Malgré ce traitement, l'état du bébé empirait chaque jour. Les tisanes, le lait ne passaient qu'avec beaucoup de peine et l'on dut recourir aux lavements alimentaires pendant quelques jours. L'enfant mourut dans la première semaine de juin. Ce n'est que quatre ou cinq semaines plus tard que la malade s'aperçut des accidents primitifs signalés plus haut. Elle m'avoua d'ailleurs que sa sœur avait eu une maladie contagieuse depuis qu'elle était mariée.

Je revois cette jeune fille vers la fin du mois d'octobre. Le chancre n'est plus représenté que par une petite croûte brunâtre, mais les plaques muqueuses de la gorge sont encore plus accusées.

Dans cette seconde observation, l'aspect de la lésion m'a permis de porter encore d'emblée le diagnostic de chancre syphilitique de l'aile du nez, mais j'ai pu confirmer immédiatement mon diagnostic par la présence des accidents secondaires.

La contagion ne pouvait avoir d'autre origine que la jeune enfant syphilitique que cette jeune fille avait été chargée de soigner.

Obs III. — *Chancre syphilitique du nez (cloison).*

Un homme de 45 ans se présente à la consultation gratuite le 10 mars 1899 avec une lésion ulcéreuse de la cloison du côté gauche.

Je crois à une lésion tertiaire et je prescris 4 gr. d'iodure par jour. Il prétend que cette ulcération a débuté vers le 21 janvier.

Le malade ne revient à la consultation que dans le courant du mois de juin. Il présente alors des accidents secondaires non douteux, consistant en plaques muqueuses dans la gorge, psoriasis palmaire, quelques croûtes sur le cuir chevelu, etc.

En présence de ces accidents, je suis obligé de modifier mon premier diagnostic et de reconnaître que cette soi-disant ulcération tertiaire n'était rien autre qu'un chancre syphilitique de la cloison.

L'accident primitif a duré un peu plus de six semaines seulement.

On a oublié de mentionner l'état des ganglions sur la feuille d'observation.

Dans ce cas, j'ai bien songé à la syphilis, mais à une lésion tertiaire. La suite des événements m'a permis de rectifier mon erreur et de reconnaître la nature primitive de la lésion.

Obs. IV. — *Chancre syphilitique de la cloison simulant une tumeur.*

Jeune fille de 14 ans, vient à la consultation gratuite le 14 octobre 1899. Elle se plaint d'une obstruction nasale droite causée par une tumeur. Elle raconte que, vers le milieu du mois d'août, elle prit les oreillons et

que cinq ou six semaines plus tard, elle remarqua qu'elle avait une tumeur dans la fosse nasale droite.

J'examine cette tumeur, elle est volumineuse, arrondie, lisse à la surface. Elle semble implantée sur la cloison par une base assez large. La tumeur obstrue complètement la fosse nasale ; aussi je déclare que l'ablation s'impose pour rétablir la perméabilité de la narine. Je suis fort indécis pour porter un diagnostic précis touchant la nature exacte de la tumeur; cependant je penche pour une tumeur d'aspect plutôt malin. Je me contente de faire inscrire en tête de l'observation « tumeur rare de la cloison », car je ne sais à quel diagnostic histologique me rattacher.

Je pratique l'ablation immédiate de la tumeur avec l'anse galvanique en la rasant le plus près possible de sa base d'insertion. Toutefois, il ne m'est pas possible d'abraser complètement le pédicule large reposant sur la cloison. La pièce est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique des hôpitaux.

Le 28 octobre, la malade revient à la consultation ; le pédicule persiste toujours et nous constatons en outre, en avant du V lingual, cinq ou six petites élevures de 2 millimètres d'épaisseur simulant des plaques de leucoplasie buccale. Aucune modification possible dans le premier diagnostic.

Le 4 novembre, la malade vient de nouveau à l'hôpital. Cette fois elle nous apporte des renseignements et des signes nouveaux qui ne permettent plus le moindre doute sur la nature syphilitique de la lésion. Elle présente, en effet, sur le cou une éruption papulo-squameuse, des plaques muqueuses de la cavité buccale, de la commissure labiale et des ganglions de la muqueuse et de la région rétro-maxillaire. Pas de ganglions axoïdiens.

Rien du côté des parties génitales.

Tout s'éclaire actuellement. Cette malade est syphilitique et la tumeur de la cloison n'était rien autre que l'accident primitif infectant.

Je reviens alors sur les antécédents de la malade que j'interroge avec le plus grand soin.

Il est bon de dire que la famille de la malade se doutait certainement de quelque chose de singulier. On avait avant la première visite remarqué l'existence de symptômes qui ne pouvaient être que des accidents secondaires, mais on s'était bien gardé d'éveiller notre attention sur ce point.

La mère de la malade me déclare alors que sa fille travaille dans une usine depuis deux ans et qu'elle a pour voisine de métier une femme qui a des lésions sur les lèvres, lésions qu'elle croit tenir à une mauvaise maladie.

Je fais préciser alors la chronologie des accidents. Vers le milieu du mois d'août, la malade s'aperçut que son cou enflait du côté droit, en arrière de l'oreille. Elle alla, au bout de quelque temps, consulter un médecin qui diagnostiqua des oreillons, et comme elle se plaignait de gêne nasale, le médecin déclara qu'il s'agissait d'un polype. En somme, la malade avait d'abord souffert en arrière de l'oreille, puis son nez était devenu douloureux, il s'était obstrué et donnait issue à des mucosités

purulentes. Un mois après environ, survint une éruption généralisée, et quinze jours plus tard elle commença à perdre ses cheveux et eut des plaques du côté des parties génitales. L'alopécie persiste encore actuellement.

Entre temps, le résultat de l'examen histologique revenait du laboratoire au moment où je venais de rectifier mon erreur de diagnostic. Mon collègue, le docteur Paviot, directeur du laboratoire, avait l'obligeance de me remettre la note suivante :

« On a sous les yeux une nappe continue formée par deux variétés d'éléments : les petites cellules et une substance intercellulaire variable comme abondance et comme qualité. De ces cellules on ne distingue nettement que les noyaux. Ces noyaux, dans les parties où ils sont le moins confluents, sont ou ovales, ou fusiformes, ou même relativement déformés, mais ils conservent toujours un axe très prédominant sur l'autre comme longueur. Ils sont très petits, paraissent homogènes, denses et non vésiculeux ; en somme, ils n'ont pas les caractères des noyaux d'un tissu épithélial. Dans les parties où ils sont le moins confluents, ils paraissent séparés par une substance tantôt légèrement granuleuse, tantôt finement fibrillée, tantôt enfin apparaissent entre eux des traînées rose pâle de tissu conjonctif assez épaissies.

Dans certaines parties, ces noyaux gardent les mêmes caractères, deviennent beaucoup plus confluents ; la substance intercellulaire diminue proportionnellement et les noyaux tendent beaucoup plus vers la forme ovale ou ronde ; ils restent petits et homogènes.

Des vaisseaux assez nombreux gorgés de sang, apparaissant comme des cavités creusées en pleine tumeur, sont disséminés dans toute l'épaisseur.

En surface, le tissu néoplasique est nu et il n'y apparaît aucune enveloppe ni conjonctive, ni épithéliale. »

Je fis de suite part au docteur Paviot du nouveau diagnostic clinique, et il me déclara que ces lésions d'inflammation lente, fibro-embryonnaires, étaient toujours difficiles à interpréter sans le secours de la clinique. Il examina à nouveau avec soin les coupes de la tumeur, cherchant, si par les lésions vasculaires, on aurait pu soupçonner la nature syphilitique. Il ne put rencontrer aucune artériole dans les coupes ; les seuls vaisseaux qu'il put voir étaient de grosses lacunes vasculaires embryonnaires bourrées de sang.

Dans cette dernière observation, l'erreur de diagnostic était aussi complète que possible. J'étais d'autant moins excusable que, quinze jours auparavant, je venais de faire un diagnostic précis sur la malade de l'observation II.

Cette fois, je me trouvais en présence d'une petite malade qui n'avait encore que 14 ans. Puis la lésion se présentait sous la forme d'une tumeur volumineuse de la cloison, tumeur à surface lisse, sans ulcération. J'étais toutefois fort embarrassé pour donner un nom à cette tumeur, et j'avais

fait inscrire en tête de l'observation « Tumeur rare de la cloison ». Cette tumeur, en effet, ne ressemblait en rien aux autres tumeurs de la cloison que j'ai rencontrées jusqu'ici. Aussi j'attendais avec impatience le résultat de l'analyse histologique. Le docteur Paviot ne se prononça pas et déclara qu'on pourrait à la rigueur songer plutôt à une tumeur du tissu conjonctif.

Fait à remarquer, cette malade prétendait avoir eu les oreillons. C'est la seconde fois que je vois prendre pour des oreillons la pléiade ganglionnaire syphilitique du cou. Jourdanet, dans sa thèse sur la *Dysphagie syphilitique*, cite une de mes observations relative à une malade atteinte de chancre de l'amygdale et qui avait été traitée pour les oreillons par le médecin de son pays.

Ma quatrième observation est fort curieuse et elle présente une grande analogie avec une récente observation de Lermoyez. Cependant dans le cas de Lermoyez, la tumeur passa par des phases tellement nombreuses et variées que le diagnostic dut être modifiée à plusieurs reprises.

Lermoyez crut d'abord à une rhinite fibrineuse greffée sur un épaississement de la cloison. Huit jours après, il reconnaît un chancre de la cloison, mais peu après il renonce à son diagnostic et se rattache à l'idée d'un abcès. En l'absence de suppuration, un chirurgien consulté parle de périchondrite. Queques jours après, Lermoyez fait une ponction dans la tumeur et tombe sur un tissu tellement friable que le diagnostic de sarcome s'impose d'autant plus qu'il existe une tuméfaction considérable de la joue et qu'à la rhinoscopie postérieure, on voit dans la choane droite un prolongement de la tumeur.

Lermoyez enlève une parcelle de la tumeur pour établir un diagnostic histologique. Un premier examen rapide des coupes penche pour la malignité, mais quelques jours plus tard, le diagnostic anatomique est beaucoup plus réservé :

« L'hypothèse de sarcome a contre elle l'apparence nodulaire inflammatoire de certains points de la tumeur, les vaisseaux capillaires sont très nombreux, mais le plus grand nombre est entouré d'une couronne de leucocytes, et leur paroi est mieux constituée que dans les sarcomes.

Les cellules qui constituent la tumeur sont essentiellement

des lymphocytes et des leucocytes polynucléaires, ces derniers tenant à l'infection de la tumeur.

En plusieurs points de la tumeur, on trouve des travées fibreuses adultes nettement caractérisées.

Rien ne permet donc de dire lésion tuberculeuse (absence de cellules géantes), ni syphilitique (absence de processus miliaires), etc.

En résumé aspect d'un tissu inflammatoire, tissu muqueux riche en vaisseaux, infiltré de cellules blanches ».

Vu l'état général du malade et la marche envahissante de l'affection, une intervention est décidée. La veille de l'opération, Lermoyez apprend par le téléphone que le malade a des boutons sur le corps. Il se rend auprès du malade qui est en pleine roséole. On renonce à l'intervention et on fait un traitement mercuriel intensif. A partir de ce moment, la lésion diminue et le malade n'est plus qu'un vulgaire syphilitique passible de la médication ordinaire.

Je ne fais que résumer les détails de cette intéressante observation qui demande à être lue *in extenso*, car elle est intéressante autant dans le fond que dans la forme. Lermoyez déclare qu'il faut reconnaître ses erreurs et surtout les faire connaître; c'est, dit-il, le meilleur service à rendre aux autres et aussi à soi-même.

Cette observation de Lermoyez, ainsi que la mienne, permettent d'établir les caractères anatomo-pathologiques du chancre intra-nasal. Dans les deux cas, on observe la même incertitude au point de vue du diagnostic anatomique. Dans celle de Lermoyez, la tumeur paraît être à un stade d'état, période d'infiltration de cellules embryonnaires, tandis que dans la mienne, la tumeur se rapproche plus d'une tumeur du tissu conjonctif, car le chancre appartient à une période plus avancée, à un stade de réparation.

Pour terminer, je tiens à donner la liste des cas récents que j'ai pu recueillir dans les diverses publications depuis 1895 :

A. Kohn (*N. Y. M. J.*, 1897). — Chancre pris d'abord pour des végétations, puis pour une lésion tertiaire.

J.-A. Kenefick (*N. Y. M. News*, 1898). — Chancre de la cloison siégeant sur une ecchondrose de la cloison.

Eudlitz (Soc. fr. de Dermatologie, 1895). — Chancre de la sous-cloison nasale.

Richard d'Aulnay (*Annales de Dermatologie*, 1895). — Chancre de la partie moyenne de la sous-cloison.

E. Matlack (*N. Y. M. J.*, 1896). — Chancre intra-nasal chez un gardien de prison.

Enfin nous avons trouvé, en 1898, dans le Journal de Castex, une figure représentant un chancre syphilitique de la narine, mais sans aucun renseignement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHARMACODYNAMIQUE DE CERTAINS PRODUITS SALICYLÉS : SALICYLATE DE MÉTHYLE SODÉ ET SALICYLATE DE MÉTHYLE.

Par MM. P. Chatin et L. Guinard

(*Travail du Laboratoire de thérapeutique de l'Université de Lyon de M. le Prof. Soulier.*)

Le salicylate de méthyle est entré comme médicament dans la thérapeutique en 1896, à la suite des recherches de MM. Lannois et Linossier (1). C'est tout au moins, depuis que ces auteurs ont fait connaître sa facile absorption sous forme de vapeurs par la peau saine que son emploi s'est généralisé. Un grand nombre de travaux cliniques ont déjà paru sur la question.

En parcourant ces travaux, on voit qu'à la suite des mémoires de MM. Lannois et Linossier, le salicylate de méthyle en applications cutanées est complètement rentré dans la pratique du traitement des diverses formes du rhumatisme

(1) Citons d'abord les communications de MM. Lannois et Linossier (Société de biologie, 16 mars 1895 ; *Lyon Médical*, 23 juin 1895 ; Société de thérapeutique, 8 avril 1896 ; Académie de médecine, 24 mars 1896 ; *Lyon Médical*, 29 mars 1896 et 20 sept. 1896 ; Congrès de Nancy, août 1896. — Jemma (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, p. 269) — Halipré (*Normandie médicale*, 15 octobre 1896). — Lemoine (Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 mai 1897). — Siredey (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1897). — Catrin (Société médicale des hôpitaux, 1898). — Strat : Sur l'absorption du salicylate de méthyle par voie cutanée et pulmonaire (Thèse de Bordeaux, 1896). — Duplessis : De l'emploi en thérapeutique du salicylate de méthyle (Thèse de Paris, 1897). — Beauvillard : Étude sur le salicylate de méthyle, applications thérapeutiques (Th. de Paris, 1896). — Linossier et Lannois : Sur les applications locales du salicylate de méthyle (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 mai 1898.)

aigu, subaigu ou chronique. Disons tout de suite d'ailleurs que les effets du médicament se sont montrés très salutaires. En supprimant l'intermédiaire gastrique, si souvent rebelle aux préparations salicylées, on a pu donner de très fortes doses du médicament et aller jusqu'à 20 et 24 gr. sans produire de phénomènes toxiques.

L'étude expérimentale de la pharmacodynamie d'un médicament aussi fréquemment employé, et employé à de telles doses, nous a paru d'un certain intérêt. Nous nous sommes particulièrement attachés dans cette étude à étudier les effets du salicylate de méthyle sur l'appareil cardio-pulmonaire afin de voir si chez des rhumatisants atteints de cardiopathies antérieures ou concomitantes, il risquait d'avoir des effets fâcheux.

Nous avons employé dans nos expériences deux produits voisins :

1° Le salicylate de méthyle sodé, produit solide qui nous a été remis par M. le Prof. Barbier, de la Faculté des sciences de Lyon, dans le laboratoire duquel le médicament a été préparé.

La formule de ce corps est :

$$C^6H^4 < \begin{matrix} CO^2CH^3 \\ ONa \end{matrix}$$

2° Le salicylate de méthyle pur :

$$C^6H^4 < \begin{matrix} CO^2CH^3 \\ OH \end{matrix}$$

A) Salicylate de méthyle sodé.

Expérience I (21 décembre 1896.)

On prépare une solution à 5 °/₀₀.

Un chien de 9 kil., bien portant, est fixé sur la planche à expériences et mis en relations avec les appareils enregistreurs suivants : manomètre, sphygmographe et pneumographe.

On recueille d'abord un bon tracé normal.

Les notations des appareils enregistreurs sont les suivantes :

Pression..................	157mm
Pouls	112 puls. par minute.
Respiration................	12 resp. par minute.

Une première injection de 10 cc. de la solution à 5 °/₀, soit 0,50 cent. dans la veine jugulaire, produit une élévation assez brusque de la pression.

Pendant ce temps, l'animal se raidit et présente des secousses assez généralisées et assez violentes, sortes de grands frissons, sans tétanisme, ni clonisme. Pas de contractions fibrillaires. Les notations sont alors les suivantes :

Pression	214
Pouls	148
Respiration	20

Dix minutes après, on a :

Pression	161
Pouls	84
Respiration	8

Une deuxième injection de 0,50 (10 cc. de la solution) est alors faite dans la veine jugulaire. Les mêmes manifestations se produisent avec un peu plus de violence cependant. Les notations sont alors les suivantes :

Pression	166
Pouls	92
Respiration	12

Tout se calme bientôt, sauf les troubles respiratoires.

On injecte alors 20 cc. Mêmes effets très violents. Les tremblements secouent le sujet tout entier et énergiquement. Ils sont indiqués sur le tracé respiratoire.

A ce moment on est frappé par des râles humides bruyants et l'on constate une hypersécrétion bronchique considérable. Le mucus mousse aux narines en grande quantité. On note aussi que la salive coule à jets presque continus. On peut en recueillir et l'on constate qu'elle donne les réactions de l'acide salicylique par le perchlorure de fer.

On continue les injections par doses de 20, de 15 et de 20 cc. de la solution, c'est-à-dire jusqu'à concurrence de 3 gr. 75 en tout. Chaque fois le tremblement se manifeste, mais vers la fin ils nous semble perdre un peu de son énergie. Quinze minutes après la dernière injection les tracés donnent :

Pression	138
Pouls	72 anacrote.
Respiration	184

Vingt-cinq minutes après la dernière dose les, vomissements ont complètement disparu. Le sujet est très essoufflé, on le met à terre ; il est d'une faiblesse extrême, le train postérieur s'affaisse. Il reste étendu sur le flanc. La température est de 39°,1. L'urine recueillie avec une sonde est hématique et renferme une grande quantité d'acide salicylique.

Six heures après la fin de l'expérience, le chien est très abattu, il reste couché, mais sa respiration est devenue plus calme, presque normale. Le pouls est assez tendu, il a 96 pulsations par minute. L'urine recueillie à la sonde est toujours sanguinolente.

RÉSUMÉ.— *Pouls.*— Pas de modification autre que de l'ac-

célération au moment de l'injection intra-veineuse. Jusqu'à la fin pas d'autre modification que de la tendance au *rythme bigéminé.*

Tension — Pas de modification bien marquée, sauf de l'hypertension au moment de l'injection rapide.

Respiration.— Accélération marquée vers la fin de l'opération et irrégularités par phases alternatives d'accélération et de ralentissement.

Hypersécrétion bronchique, salivaire, nasale. Tremblement généralisé. T. 39°.

EXPÉRIENCE II (22 décembre 1897).

Afin d'être renseigné sur les effets du médicament administré autrement que par la voie veineuse, on pratique des injections sous-cutanées de la même solution à un chien de 9 kil. fixé sur la planche et muni des appareils enregistreurs.

Le tracé préalable donne les chiffres suivants :

Pression.................	158 (très variable)
Pouls......................	60
Respiration..............	12 (irrégulière)

On pratique alors coup sur coup, de 11 h. 3 à 11 h. 12, des injections sous-cutanées jusqu'à concurrence de 9 gr. dans la peau du dos.

Les chiffres enregistrés par les appareils sont les suivants :

11 h. 30	Pression.................	154
	Pouls......................	92
	Respiration..............	8
11 h. 50 (avant nausée).		
	Pression.................	160
	Pouls......................	48
	Respiration..............	16
12 h.	Pression.................	155
	Pouls......................	68
	Respiration..............	12
2 h. 35	Pression.................	152
	Pouls......................	60
	Respiration..............	24

D'autre part les phénomènes généraux constatés ont été les suivants :

Pas de modification bien apparente dans la première demi-heure. On laisse le chien au repos. Deux heures après il est très affaibli ; on note des spasmes brusques et violents du diaphragme qui soulèvent le flanc par des chocs énergiques successifs : les mouvements ont été inscrits sur une partie du tracé. Trois heures après, la faiblesse du sujet est toujours grande, sans aucun phénomène nouveau.



Voyant que les choses ne changent pas, on injecte 1 gr. dans la veine jugulaire. On ne note aucun effet sur la pression, aucun trouble immédiat ; on note seulement quelques instants après un peu d'agitation et d'accélération de la respiration, mais c'est tout. L'animal expulse une urine très hématique. Il existe de l'insensibilité cornéenne et des téguments : le sujet perçoit à peine des piqûres de scalpel et des écrasements, particularité déjà révélée dans l'expérience précédente. La température est de 41°,7. Peu à peu la faiblesse s'accuse de plus en plus, mais les muscles paraissent se mettre dans une sorte de tension permanente rappelant le tétanisme. Brusquement, le cœur et la respiration faiblissent, et l'animal meurt avec une température de 43°,6 ; il entre immédiatement en rigidité cadavérique.

Autopsie. — Organes congestionnés, le rein plus que les autres organes. La vessie contient des urines sanguinolentes, mais l'épithélium est sain. Il n'y a pas eu d'hypersécrétion bien marquée.

RÉSUMÉ. — Injection sous-cutanée seulement.

Pouls. — Le pouls n'a présenté qu'un peu d'accélération transitoire au début. Il a présenté surtout une modification du rythme qui s'est manifestée trois heures après l'injection et a consisté en un rythme bigéminé et trigéminé des plus nets et constant pendant trois quarts d'heure.

Tension. — Pas sensiblement modifiée, plutôt légèrement abaissée.

Respiration. — Peu modifiée, plutôt un peu accélérée.

Pas de phénomènes convulsifs avant l'injection veineuse. Après ceux-ci, température 41°,7, phénomènes convulsifs tétaniformes. Insensibilité générale.

Pas d'hypersécrétion. Hématurie.

EXPÉRIENCE III (4 janvier (1897).

Un chien de 11 kil. est placé aux appareils enregistreurs. Le médicament, en solution à 5 °/o est injecté dans la veine maxillaire interne à l'aide de l'éprouvette de Mohr et du compte-goutte. Les injections sont faites lentement.

Les faits signalés par l'expérience, en dehors du tracé, sont les vomissements, quelques tremblements, une salivation intense.

On peut voir nettement dans le tracé le rôle de la vitesse de l'injection et des actions de contact sur le cœur : toutes les fois qu'on a poussé l'injection un peu trop vite, il y a des modifications du tracé, qui sont absentes au contraire quand la vitesse d'introduction a été modérée. Le chien, après avoir reçu 250 cc. de la solution à 5 °/o, soit 12 gr. 5 de salicylate, n'est pas mort sur la table. Il était simplement déprimé et sans force. Mis à terre, il est resté sur le flanc avec une respiration très accélérée.

A 2 heures, soit 2 h. 1/2 après le début de l'expérience, il est trouvé mort, raide comme une barre, comme le chien du tracé précédent d'aillleurs.

A la fin de la prise du tracé, l'animal avait spontanément rejeté des urines sanguinolentes.

Les urines et la salive ont été recueillies pour être soumises à l'analyse.

Quelques minutes avant la mort, du sang avait été recueilli en petite quantité. Deux jours après ce sang donne un sérum coloré en rouge, bien séparé du caillot, et qui, à l'examen spectroscopique, ne donne que les bandes normales de l'hémoglobine oxygénée. Ce sérum contenait des quantités appréciables du médicament décelables par le perchlorure de fer. Voici les données des appareils enregistreurs :

Avant :

Pression.................. 124
Pouls..................... 80
Respiration.... .... 24 (superficielles)

Après 15 cc. à 5 % : Tremblements.

Pression.................. 138 (variations)
Pouls..................... 92
Respiration 40

Après 25 cc. :

Pression.................. 162
Pouls..................... 104 (puls. faibl. couplées)
Respiration .... 16 (plus profondes)

Après 50 cc. : L'animal a vomi.

Pression.................. 144
Pouls..................... 60 (franch[t] couplées)
Respiration............... 28 (très superficielles)

Après 150 cc. :

Pression.................. 136
Pouls..... 96 (plus faibles, anacrotes intermittentes)
Respirations .... 98 (profondes)

Après une injection rapide :

Pression.................. 178
Pouls..................... 180 (faible)
Respiration .... 40 (profondes)

Après 225 cc. : L'animal a déjà eu de la dyspnée. Il en présente périodiquement. On compte alors :

Pression.................. 128
Pouls 96
Respiration 160

Après 250 cc. :

Pression.................. 119
Pouls..................... 108
Respiration............... 212

Résumé. — *Pouls.* — Peu modifié, sauf quand l'injection a été trop rapide : on a alors de l'accélération, tendance au rythme bigéminé ; accident anacrote du pouls vers la fin de l'expérience avec de fortes doses injectées rapidement.

Pression. — Modifiée dans le sens d'une augmentation à chaque injection rapide ; mais elle retombe vite ensuite au même point, et même plus bas dans la période terminale.

Respiration. — Irrégulière, avec des phases d'accélération différentes ; très accélérée dans l'ensemble à la fin.

Hypersécrétion. Tremblement.

Expérience IV (24 février 1897).

(*Expérience relative à la détermination du degré de toxicité du salicylate de méthyle sodé chez le chien.*)

Chien de 17 kil. Employant la burette de Mohr on injecte lentement une solution de salicylate de méthyle sodé à 5 °/o dans une veine. Aux environs de 150 cc. l'animal a des vomissements répétés et commence à s'agiter d'une façon constante ; à 275 cc. apparaissent des troubles respiratoires dyspnéiques ; nouveaux efforts de vomissements. Les troubles respiratoires et l'agitation s'accusent de plus en plus, et vers 306 cc. survient une violente crise tétanique, après laquelle le sujet meurt, pour entrer presque immédiatement en rigidité cadavérique.

Autopsie. — Congestion générale des viscères. Les urines ne contiennent ni sang ni hémoglobine.

Le chien a été tué par 15 gr. de salicylate de méthyle sodé, soit 0,88 par kilogramme environ.

Expérience V (7 janvier 1897).

(*Expériences pour rechercher les voies d'élimination du médicament.*)

Petit chien loulou de 8 kil. On lui injecte dans le tissu conjonctif 4 gr. de salicylate de méthyle sodé à 5 °/o. L'injection ne semble pas douloureuse : le chien ne crie qu'au moment où on lui enfonce l'aiguille dans la peau. Une demi-heure après, il a des mâchonnements et vomit à différentes reprises d'abord des matières alimentaires, puis du liquide stomacal mousseux et fortement coloré en jaune. Une heure après l'injection la température est à 38°,6, au lieu de 38°,8 au début. Quatre heures après l'injection, l'animal est étendu sur le flanc ; il paraît très déprimé et ne peut pas rester longtemps debout. Il a conservé toute sa sensibilité. Pas de salivation. Pas de miction. T. 38°,1. Il faut tenir compte de ce fait que le chien est resté étendu sur la pierre sans mouvement depuis une heure. Quatre heures et demie après le début de l'expérience, prise du sang à la carotide.

L'acide salicylique a été recherché par M. le Prof. Barbier : 1° dans le sérum ; 2° dans les matières vomies ; 3° dans les urines ; 4° dans la bile. Le sérum, l'urine et la bile se sont trouvées riches en médicament. Il n'y en avait pas dans les matières vomies. Le liquide salivaire provenant d'une autre expérience était très pauvre en acide salicylique.

EXPÉRIENCES VI, VII, VIII, IX, X.

(*Expériences faites sur le chien pour rechercher l'éliminatian par l'urine et la production de l'hématurie ou de l'hémoglobinurie.*)

Les injections veineuses, sous-cutanées, péritonéales ont révélé l'élimination urinaire constante, mais sans hématurie, ni hémoglobinurie. Les autres phénomènes notés ont été ceux déjà constatés.

EXPÉRIENCES XI, XII, XIII.

(*Expériences faites sur le lapin pour déterminer l'équivalent toxique.*)

On obtient les chiffres suivants en employant une solution à 4 °/₀ injectée lentement avec la burette de Mohr : 1 gr. 45, 1 gr. 47, 1 gr. 55 par kilogramme.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DE L'ÉTHER AMYL-SALICYLIQUE (1).

Par MM. M. CHANOZ et M. DOYON.

(*Travail du Laboratoire du professeur Morat.*)

I. — *Caractères physiques et chimiques de l'éther amyl-salicylique.* — L'éther amyl-salicylique est un liquide huileux, plus dense que l'eau (1043 à 31°) incolore, très réfringent (N_d= 1,520 à 31°), bouillant vers 250°, d'une odeur aromatique taible rappelant le salol et la mandarine. Il est peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme... A chaud, il est saponifié par les alcalis. En solution alcoolique, il donne, avec le perchlorure de fer dilué, une coloration violette. Si l'on agite l'éther amyl-salicylique avec de l'eau distillée froide, cette eau ne dissout pas l'éther, et, par suite, ne donne pas après filtration de réaction avec le perchlorure de fer.

II. — *Absorption.* — Nous avons administré l'éther amyl-salicylique sous la peau, dans les séreuses, dans les veines et enfin par la voie gastrique. Nos expériences ont été faites sur le chien, le lapin, le cobaye et la poule.

Sous la peau, les animaux résistent à des doses de 10 grammes par kil.; 0,50 à 0,80 par kil. tuent le lapin et le

(1) Nous devons ce produit à l'obligeance de M. Carra.

chien fatalement en quelques minutes, si le produit a été injecté dans les veines; plus lentement si l'injection a été poussée dans les séreuses. Donné par la voie gastrique, l'éther amyl-salicylique provoque des vomissements et de la diarrhée; jamais nous n'avons observé dans ces conditions d'intoxication mortelle, même en employant des doses très élevées (dans un cas, 20 grammes chez un chien de taille moyenne). L'absorption a lieu néanmoins dans le tube digestif, principalement dans la première portion de l'intestin grêle. Nous avons pu nous en assurer en déposant le produit dans des anses intestinales isolées entre deux ligatures et en recherchant l'éther ou ses produits de dédoublement dans l'urine.

III. — *Transformation dans l'organisme et élimination.* — L'éther amyl-salicylique est déjà modifié dans l'intestin. L'agent le plus actif paraît être la bile qui émulsionne ce produit. Le suc pancréatique nous a paru sans action. (Exp. *in vitro* avec du suc recueilli sur le chien.)

Dans l'organisme, l'éther amyl-salicylique semble être dédoublé en alcool amylique et en acide salicylique. L'agent principal, sinon exclusif, de cette transformation est le *foie*. L'acide salicylique passe dans les sécrétions, notamment dans la bile et les urines. Nous n'avons pas réussi à caractériser dans l'air expiré l'éther amyl-salicylique ou l'alcool amylique.

IV. — *Phénomènes toxiques.* — A la suite de l'injection d'une dose élevée d'éther amyl-salicylique dans le péritoine ou dans les veines, on observe chez l'animal intoxiqué des convulsions et de l'*œdème pulmonaire.* Dans quelques cas, le liquide qui sortait des poumons présentait l'apparence du sang laqué et se *coagulait* spontanément.

V. — *Conclusions.* — Les propriétés de l'éther amyl-salicylique se rapprochent beaucoup de celles des autres éthers alcooliques de l'acide salicylique. Son avantage sur le salicylate de méthyle, par exemple, est dû à sa toxicité moindre, son odeur moins pénétrante et moins désagréable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de Médecine de Lyon.

Séance du 23 juillet 1900. — Présidence de M. HORAND.

LE SUCRE ET LA TUBERCULOSE.

M. GUINARD présente deux chiens, un épagneul et un barbillot, de taille à peu près égale, auxquels il a injecté des cultures tuberculeuses, il y a environ deux mois. Ces deux animaux, placés dans la même loge, ont été nourris de la même façon, mais l'un deux a reçu en plus, chaque jour, une ration de 200 à 240 gr. de sucre. Aujourd'hui ces deux chiens sont nettement tuberculeux de par l'auscultation, mais celui qui a absorbé du sucre a subi une énorme déperdition de poids, 14 kilos, tandis que son congénère n'a perdu que 5 kilos.

M. Guinard a renouvelé cette expérience sur une série de cobayes et les résultats ont été identiques. Il semble donc que l'alimentation sucrée favorise le développement de l'infection tuberculeuse, fait qui avait été déjà signalé avec la toxine diphtérique.

M. LÉPINE est étonné de ces résultats et ne les trouve pas concluants. Ces chiens n'auraient pas dû être placés dans la même loge ; il aurait fallu peser rigoureusement la nourriture absorbée chaque jour par chacun d'eux. M. Lépine est tenté de croire que le chien qui recevait la ration sucrée mangeait moins que son congénère, l'alimentation sucrée étant bien faite pour développer l'anorexie : ainsi pourrait s'expliquer le dépérissement.

M. GUINARD dit que le chien qui recevait du sucre a continué à s'alimenter. Il reconnaît d'ailleurs que l'expérience mérite d'être reprise, suivant le mode indiqué par M. Lépine.

M. GRANDCLÉMENT estime que la communication de M. Guinard soulève une très grosse question, celle des effets produits par le sucre sur l'organisme. Dans ces derniers temps, on a exalté cette substance jusqu'aux nues : on en a fait le premier des dynamogènes. Il serait bon de connaître la limite à laquelle le sucre cesse d'être utile pour devenir dangereux.

M. GUINARD répond que les doses qu'il a employées chez son chien sont des doses excessives, et que ces doses seules sont capables d'être nocives ; le sucre, tel qu'il est pris dans l'alimentation ordinaire, quotidienne, ne saurait être dangereux.

DE LA DIONINE.

M. Guinard lit la deuxième partie de son *Étude pharmacodynamique sur la dionine.*

M. Grandclément emploie la dionine depuis trois mois, c'est-à-dire depuis la communication si importante de Darier. Pour M. Grandclément la dionine est un analgésique puissant, c'est un médicament merveilleux dans les affections douloureuses de l'œil, telles que iritis, épisclérites, kératites ulcéreuses. Son emploi est généralement suivi de l'apparition d'un chémosis plus ou moins prononcé suivant les sujets ; ce phénomène est parfaitement en rapport avec l'action vaso-dilatatrice révélée par les recherches de M. Guinard.

M. le docteur Mouisset, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société de médecine, lit un mémoire intitulé : *Ulcérations intestinales chez les artérioscléreux.*

M. Lépine est nommé rapporteur de la Commission chargée d'examiner les titres scientifiques de M. Mouisset.

OSTÉOMALACIE.

M. Lépine vient d'observer deux cas d'ostéomalacie chez des femmes âgées de 30 ans, et n'ayant jamais eu d'enfants. Ce sont là des particularités assez rares pour être signalées.

Chez ces deux malades la symptomatologie a été très différente. L'une avait une incurvation de la colonne vertébrale et des douleurs très vives dans les membres.

L'autre avait un bassin qualifié par M. Condamin de *bassin ostéomalacique type* et n'accusait aucune douleur.

M. Delore fait remarquer que l'absence de douleur est tout à fait exceptionnelle. Pour lui, l'ostéomalacie a toujours été caractérisée par des douleurs très vives.

Le Secrétaire-adjoint, Pierre Lacour.

Société des Sciences médicales de Lyon

Séance du 27 juin 1900 — Présidence de M. Vallas.

M. le Président annonce qu'il a reçu un mémoire de M. le docteur Verrière, à l'appui de sa candidature au titre de membre de la Société.

M. Rafin est nommé rapporteur.

CORPS ÉTRANGER DE LA BOUCHE EXTRAIT AVEC UN AIMANT.

M. Garel présente une radiographie de corps étranger

métallique (clou) extrait d'une bouche avec un aimant après trachéotomie.

Il s'agit d'un enfant de 20 mois qui avala il y a deux mois (à Buenos-Ayres) une pointe. Cyanose immédiate ; la mère suspend l'enfant par les pieds. Comme la cyanose avait disparu, un médecin pensa qu'il avait passé dans l'œsophage ; la recherche du clou dans les selles fut vaine. Sur ces entrefaites l'enfant est amené en France il y a un mois. Pendant la traversée l'enfant se mit à tousser et à cracher ; un médecin consulté constate à l'auscultation du poumon droit de la respiration rude et attache peu d'importance à l'histoire du clou, qu'on lui raconte.

Il y a quelques jours on cite le fait à M. Garel, qui fait faire une radiographie par M. Destot, radiographie très nette montrant le corps étranger dans la bouche. M. Garel, sans voir l'enfant, décide avec M. Goullioud l'ablation du clou, car l'enfant maigrissait.

La veille de l'opération, M. Garel rassemble tous les instruments qui pourraient à la rigueur être utilisés en pareil cas, et entre autres le fort électro-aimant que M. Dor avait fait fabriquer chez M. Souel.

Le lendemain, anesthésie, trachéotomie par M. Goullioud. On constate que la canule ne touche pas le clou ; on enlève la canule, on maintient béante la plaie trachéale avec le dilatateur à deux branches ; puis l'électro-aimant de forme droite est introduit dans l'orifice ; le clou arrive aussitôt et est extrait immédiatement. La canule est laissée quatre jours en place, puis retirée ; l'enfant eut un peu de température à cause de la suppuration de la plaie trachéale, sans pneumonie.

M. Garel insiste sur les deux faits suivants :

1° Le diagnostic fait par la radiographie seule, sans avoir vu l'enfant, et du même coup la possibilité de décider l'intervention.

2° L'ablation par un électro-aimant sans lésions de la muqueuse.

L'auteur se demande si on pouvait passer par les voies naturelles sans trachéotomie préalable, et croit qu'en pareil cas ce ne serait guère probable.

Le clou a 53 millimètres; il est rouillé.

M. Delore demande à quelle distance approximative se trouvait le clou.

M. Garel. Le clou se trouvait à 4 centimètres environ de la plaie trachéale.

M. Delore félicite M. Garel de ce beau succès. Il y a vingt ans il a étudié cette question de l'ablation des corps étrangers et a fait fabriquer par M. Fasse une série d'instruments analogues pour le nez, les oreilles et les yeux ; mais comme les insttruments étaient peu puissants à cette époque, il ne pouvait enlever une pointe d'aiguille fixée dans la cornée.

M. Aurand constate qu'actuellement on fabrique des électro-aimants très puissants avec lesquels on peut soulever plusieurs kilos. A la clinique de M. le Prof. Gayet on emploie pour les corps étrangers de l'œil les électro-aimants du Prof. Haab, de Zurich ; mais alors il faut une force électrique énorme, et au moment de l'emploi on ne peut utiliser la lumière électrique à l'Hôtel-Dieu.

Il suffit de mettre l'instrument à quelques centimètres, et le corps étranger peut partir. On ne peut enlever un corps étrager enchatonné. C'est ce qui arrive généralement pour l'iris ; l'iridectomie est alors le plus souvent nécessaire. On peut arriver à faire sortir assez facilement un corps étranger fixé dans le corps vité.

M. Garel. L'électro-aimant de M. le Prof. Gayet peut soulever 60 kilos ; celui qu'il a employé peut soulever 5 kilos ; il marche avec 2 volts. Dans le cas du clou il l'a fait marcher avec 4 volts.

Pour l'ophtalmologie, il y a deux modèles : l'un soulève 500 grammes et l'autre 60 kilos. Dans le cas du clou, le corps étranger n'était pas fixé.

M. Royet constate la nécessité de la trachéotomie en pareil cas.

M. Delore constate qu'autrefois en ne pouvait disposer de forces électriques puissantes, et demande quelle est la forme de l'électro-aimant employé pour l'œil.

M. Garel. C'est une pointe conique. Il constate la nécessité de courants de grande intensité et la possibilité chez l'adulte de l'ablation par les voies naturelles.

M. Royet dit qu'il suffit d'un ou plusieurs aimants tournant rapidement pour entraîner n'importe quel corps métallique.

OSTÉOME DU BRACHIAL ANTÉRIEUR.

M. Jacques, interne des hôpitaux, présente un malade âgé de 21 ans, atteint d'un ostéome du brachial antérieur. Au cours d'une lutte, il y a trois semaines, traumatisme, bras en extension. On fit des tractions sur le coude et on immobilise le membre en flexion. On sent au bout de dix jours une nodosité irrégulière progressive au niveau du brachial antérieur ; pas de douleur.

APPENDICE TROUVÉ DANS UNE HERNIE ÉTRANGLÉE.

M. Carrez présente un appendice provenant d'une hernie crurale étranglée opérée avant-hier par M. Bérard.

C'était une malade de 70 ans n'ayant présenté que quelques phénomènes d'étranglement léger auparavant.

Sa hernie qui, d'ordinaire restait bien réduite dans la position couchée, s'étrangla pendant la nuit.

La malade raconte qu'èlle fut réveillée le matin par une douleur vive au niveau de sa hernie et qu'elle sentit, à ce moment, cette dernière dure et douloureuse.

Presque au même moment, elle eut des vomissements glaireux et bilieux, mais qui s'atténuèrent plutôt pendant la journée, en tout cas ne furent jamais fécaloïdes.

L'occlusion ne semble d'ailleurs pas avoir été complète, car bien que la malade ait noté l'absence de gaz pendant la journée, elle eut pendant la matinée une selle à peu près normale comme quantité.

Amenée à l'Hôtel-Dieu, elle fut opérée à 5 heures du soir. On trouva, constituant la hernie, l'appendice avec un sac péritonéal incomplet.

L'appendice était étranglé en son milieu par l'anneau crural ; son extrémité interne était normale, son extrémité externe turgescente présentait la grosseur du pouce, entre les deux parties, un anneau de constriction serrée.

On résèque l'appendice avec enfouissement et on laisse une mèche. La malade va bien aujourd'hui, elle n'a ni température ni vomissements. Ce cas a semblé intéressant, car en pesant les symptômes, on pouvait faire le diagnostic de la portion d'intestin étranglée, les vomissements, survenus dès le début, non fécaloïdes, sans qu'on ait eu de phénomènes d'occlusion bien prononcés et avec une selle, réalisant le tableau classique d'une colique appendiculaire plus que d'une simple hernie étranglée.

M. Genevet donne le résultat de l'examen du pus de deux thyroïdites aiguës opérées par M. Bérard dans le service de M. le professeur Poncet.

L'une de ces thyroïdites avait évolué en trois semaines environ, l'autre en deux semaines.

Dans le premier cas, la ponction avait donné 200 grammes d'un pus bien lié sans odeur. L'ensemencement a été fait dans du bouillon parfaitement neutre, et dans du bouillon légèrement acide ; puis dans le vide et sur de la gélatine. Au bout de 24 heures, rien n'avait poussé et au bout de vingt jours tous les bouillons et le tube de gélatine étaient restés absolument stériles. L'inoculation faite avec ce pus quelques heures après l'opération à un cobaye n'a donné lieu à aucun phénomène inflammatoire, ni local ni général.

Dans le second cas, où l'on avait retiré environ 300 gr. de pus, les mêmes ensemencements ont été répétés et les mêmes résultats ont été obtenus ; mais l'examen direct, qui avait été négatif dans le premier cas, révéla cette fois la présence d'un bacille de nature indéterminée et l'absence complète de tous les microbes ordinaires de la suppuration. M. Dor, à l'examen duquel les préparations ont été soumises, a pensé que ce bacille avait pu non pas fabriquer du pus, mais causer l'odeur nauséabonde que le liquide évacué présentait.

On est donc en présence dans le premier cas d'un abcès aseptique du corps thyroïde analogue à ceux qui ont été signalés dans le foie, et il est permis peut-être de penser que les sécrétions internes de la glande thyroïde, à l'instar des sécrétions de la glande hépatique, joue un rôle microbicide.

Quant au second abcès, sans être entièrement aseptique, il contenait un bacille qui demandera à être étudié plus complètement et qui, en tout cas, n'est pas cultivable par les moyens ordinaires.

M. Bérard. L'examen du pus de ces thyroïdites, examiné par M. Genevet, donne des résultats qui cadrent bien avec l'évolution clinique de ces abcès qui ont donné lieu à un minimum de phénomènes inflammatoires et qui cependant étaient bien des abcès chauds à marche aiguë, ainsi que la rapidité de leur évolution en témoigne. On avait dû même faire un diagnostic réservé, et dans les deux cas la ponction fut pratiquée sous anesthésie sans qu'on fût parfaitement sûr de trouver du pus dans la tumeur que présentaient les malades.

Le Secrétaire annuel, Dr Sargnon.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 31 mai. — Présidence de M. Fochier.

LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE TRAITÉES PAR LA RÉDUCTION NON SANGLANTE.

M. Nové-Josserand présente six malades opérées par la méthode de Lorenz.

Deux ont déjà été présentées à la séance du 16 novembre. Le temps n'a fait que confirmer les bons résultats obtenus.

Premier cas : Luc., opérée à deux ans, luxation unilatérale droite avec raccourcissement de 7 millimètres. Durée du traitement, 10 mois. Résultat anatomique, tête abaissée au niveau du cotyle, mais continuant directement le fémur, sans avoir sur lui son obliquité normale. Allongement du membre de près de un centimètre.

Résultat fonctionnel : très légère claudication qui disparaîtra certainement.

Deuxième cas : Opérée à trois ans et demi. Luxation unilatérale droite, raccourcissement de 5 millimètres, traitée pendant un an. L'enfant marche sans appareil depuis trois mois.

Résultat anatomique, réduction vraie. Résultat fonctionnel, marche sans aucune espèce de claudication.

Troisième cas : Suz..., opérée à deux ans pour luxation bilatérale. Traitement, 11 mois. Résultat fonctionnel encore imparfait. La malade, récemment sortie du plâtre, marche encore les jambes écartées, mais la claudication dépendant de la luxation a complètement disparu.

Quatrième cas : B..., opérée à six ans et demie, luxation unilatérale droite, raccourcissement 4 centimètres. Traitée du 21 juin 1899 au 3 avril 1900.

Résultat fonctionnel : claudication moindre qu'avant le traitement et dont il persistera toujours quelques traces.

CALCUL DU REIN.

M. Albertin présente un calcul du rein.

M. Batut a opéré à Bône en 1890 un malade porteur d'une vaste tuméfaction sous-hépatique prise pour un abcès du foie. Après incision, on trouva au fond de la poche un calcul ramifié du bassinet, du poids de 80 grammes. Trois mois plus tard, pleurésie droite et mort au bout

de sept mois. A l'autopsie le rein néphrotomisé était réduit à une coque mince.

CHLORURE D'ÉTHYLE OU KÉLÈNE COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL.

Ce travail a été résumé dans le *Lyon Médical* du 10 juin.

REVUE DES LIVRES

Fistules cutanées d'origine biliaire, par le Dr Justin TRILLE, de l'Ecole du Service de santé militaire. (Thèse de Lyon, 1899)

L'auteur a pris pour point de départ de sa thèse une très belle observation de fistule biliaire d'origine intra-hépatique opérée avec succès à la clinique de M. Poncet, par son assistant, M. le professeur agrégé L. Bérard (1). Il formule les conclusions suivantes :

Les fistules biliaires externes sont une affection rarement spontanée. Elles s'observent principalement chez des femmes âgées.

La plupart, d'origine extra-hépatique, font communiquer avec l'extérieur le cholécyste ou les canaux collecteurs biliaires, le cholédoque en particulier. Elles sont surtout une complication de la lithiase vésiculaire ou de l'obstruction calculeuse du canal cholédoque. Les cholécystites non calculeuses, le cancer de la vésicule, celui de la tête du pancréas et de l'ampoule de Vater peuvent aussi leur donner naissance.

Les fistules biliaires d'origine intra-hépatique sont particulièrement rares et résultent de la migration d'un abcès du type aréolaire né dans le parenchyme glandulaire.

L'étiologie pathologique de la suppuration des voies biliaires tient tantôt à une cause locale (calculs, exaltation virulente des microbes de l'intestin), tantôt à une infection propagée par la voie sanguine ou lymphatique (dothiénenthérie, tuberculose). Dans tous les cas, l'ouverture de la fistule à la paroi abdominale est précédée de l'apparition d'un phlegmon biliaire.

(1) Voir l'intéressant travail de MM. L. Bérard et Carle : *Abcès aréolaire du foie d'origine biliaire. Fistule spontanée dans l'hypochondre gauche*, paru dans le *Bulletin médical* du 18 janvier dernier.

L'issue de la bile au dehors, par suite d'obstruction calculeuse du cholédoque, n'est pas précisément précédée d'ictère. Un des meilleurs signes du diagnostic, c'est l'empâtement perçu par la palpation au niveau de ce canal et le point de vive douleur qu'y détermine la pression.

Le traitement, toujours chirurgical, sera variable avec la nature de la cause d'obstruction.

REVUE DES JOURNAUX

Antidote de l'iodoforme. — Une observation du docteur Josephson, de Baltimore, montre que les pansements à l'iodoforme ne sont pas sans danger et peuvent amener des accidents d'intoxication surtout chez les jeunes sujets. Il s'agissait, dans l'observation du professeur américain, d'un enfant de quelques semaines pris d'accidents de la dernière gravité à la suite d'un pansement iodoformé sur la plaie résultant de l'opération de la circoncision. L'enfant était dans le coma, il était cyanosé, dyspnéique, avec du spasme laryngé, les pupilles étaient punctiformes.

Voyant quelques rapports de similitude entre ces accidents et ceux de l'empoisonnement par l'opium, le docteur Josephson eut l'idée de recourir à l'antidote de l'opium, à la belladonne. Il prescrivit une goutte de teinture de belladonne toutes les heures et des bains sinapisés, et en quelques heures tous ces accidents disparurent. (*Bulletin médical*, 20 juin 1900.)

Un signe précoce de phtisie chez l'enfant. — Un symptôme de la phtisie de l'enfant important à connaître parce qu'il est un symptôme de la première heure, le seul souvent qui puisse éveiller l'attention et faire soupçonner l'existence d'un processus tuberculeux à son début, c'est le développement sur les parois thoraciques d'une circulation supplémentaire formée de nombreuses arborescences veineuses assez grosses.

Cette circulation supplémentaire ne doit pas être confondue avec les vaisseaux veineux que l'on voit aisément former un riche réseau sous la peau fine et transparente reconnue

comme l'apanage des enfants prédestinés à la tuberculose pulmonaire. Le réseau veineux des enfants qui ne sont pas tuberculeux a des ramifications beaucoup plus fines et en même temps forme un réseau à mailles plus larges. Il est de plus assez uniformément développé sur toute l'étendue du thorax, autant sur le côté droit que sur le côté gauche.

Le réseau du commencement de la phtisie peut être observé tantôt sur un seul côté du thorax, tantôt sur les deux. Il peut se voir au niveau des sommets ou des bases ; mais le plus souvent il occupe les parties de la paroi thoracique derrière lesquelles se trouve le territoire pulmonaire, siège de l'infiltration bacillaire ; et c'est au niveau des parties du poumon le plus gravement atteintes qu'il est le plus riche et le mieux développé.

Cette circulation supplémentaire acquiert une grande valeur sémiotique quand elle arrive chez des sujets offrant à l'examen de l'adénopathie cervicale et bronchique, de l'érosion dentaire, et des modifications dans la densité des poumons reconnaissables, bien que difficilement, à l'auscultation et à la percussion.

Elle disparaît souvent dès l'apparition des premiers signes de ramollissement des noyaux tuberculeux ; néanmoins on la voit quelquefois persister jusqu'à la période ultime de la maladie.

C'est le docteur Léon Dérecy qui, au congrès de Naples, a signalé ce symptôme des premiers jours de la phtisie chez l'enfant. (*Journal de la tuberculose infantile* du 15 juin 1900.)

Rigidité de l'abdomen comme signe pathognomonique de péritonite aiguë, par Bishop. — S'asseoir au chevet, se réchauffer la main, en appliquer la paume si délicatement que le malade n'en ressent pas le contact et la promener doucement, sans pression, sur la peau, recherchant la contraction spasmodique des muscles abdominaux, en particulier des droits. (*Lancet*, 9 juin.)

Préparation d'huile d'olives. — Menthol 0,25, cognac 15, deux jaunes d'œuf, huile d'olive 100. (*Klin. ther, Wochensch.*, 793.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ASCITE ET DE LA CIRRHOSE ATROPHIQUE ; CICATRICE A FILTRATION.

Par M. Jaboulay.

On s'est efforcé, dans ces dernières années, de créer, pour lutter contre la principale cause de l'ascite, la cirrhose atrophique du foie, une série d'adhérences entre les viscères abdominaux et la paroi abdominale ; on se proposait d'anastomoser ainsi les veines des organes tributaires de la circulation porte avec les veines pariétales aboutissant au système des veines caves. C'était supprimer ainsi la stase sanguine dans le territoire de la veine porte, et atténuer ou même faire disparaître une de ses conséquences principales, l'ascite, sans compter d'autres encore.

Talma, Drummond et Morison, Neumann, Rolleston et Turner, Eisselberg, etc., ont fait adhérer artificiellement l'épiploon avec le péritoine pariétal ou lui ont suturé la vésicule biliaire (1). Nous-même avons fixé la rate dans la paroi. Toutes ces opérations n'ont pas jusqu'ici donné des résultats bien durables.

Voici une nouvelle tentative que nous venons de faire chez un homme atteint de cirrhose atrophique du foie avec ascite considérable, inutilement ponctionnée plusieurs fois par le docteur Paviot, et œdème des membres inférieurs. Elle a abouti à la création d'une cicatrice à filtration, ou mieux d'un fin pertuis pour l'écoulement progressif à l'extérieur du liquide intra-péritonéal, au fur et à mesure de sa production excessive.

Je ferai remarquer que jusqu'ici les procédés employés avaient pour but de faire résorber l'ascite par les vaisseaux veineux anciens et nouveaux, anastomotiques entre les deux grands systèmes porte et cave, qui devaient conduire ce liquide dans le système cave. Je ne saurais dire si cette idée était bien réalisée, et si les quelques succès qui ont

(1) Voir *Semaine médicale*, 27 décembre 1899.

été enregistrés avant nous, ne tenaient pas à l'action trophique de la simple laparotomie, que pour notre compte nous avons pu constater deux fois dans ces ascites énormes, récidivantes et simplement incisées.

Quoi qu'il en soit, on pouvait encore se proposer, en intervenant, un autre but que ceux que nous venons d'exposer et que nous avons rapporté (L'exosplénopexie, *Lyon Médical*, 31 décembre 1899.)

Il n'était pas impossible de créer dans le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques, un orifice permanent qui conduirait le liquide ascitique de l'intérieur de la cavité péritonéale dans les espaces conjonctifs de la paroi abdominale où il serait peu à peu résorbé. Pour cela il n'y avait qu'à attirer dans cette paroi après une laparotomie petite et peu importante, soit une extrémité de la rate si l'augmentation de son volume le permettait facilement, soit un morceau d'épiploon et à les y maintenir par une suture.

C'est l'attraction et la fixation de l'épiploon que nous avons faite; cette hernie interstitielle a été pratiquée audessous du rebord costal gauche, elle avait le volume d'une noix; la plaie cutanée transversale avait 4 à 5 centimètres d'étendue, la disjonction des muscles avait été faite au-dessous d'elle, avec les doigts, perpendiculaire à l'incision cutanée, et de même pour l'ouverture du péritoine dont la surface extérieure présentait un vaisseau plus volumineux que d'ordinaire. L'épiploon avait été attiré par cette brêche sous la peau, puis fixé sur elle et à elle par quatre sutures au crin de Florence faisant une fermeture hermétique. Pendant cette opération il ne s'était pas écoulé à l'extérieur un demi-verre d'ascite.

Les huit premiers jours l'ascite diminua avec l'œdème des membres inférieurs, il semblait prendre la voie que nous lui avions tracée dans les interstices de la paroi. Puis le ventre grossit de plus en plus, et lorsque les fils furent enlevés, la solidité de la cicatrice paraissant complète, nous vîmes s'établir par les deux fins pertuis du fil le plus antérieur qui avait été placé sur les lèvres cutanées en y accrochant l'épiploon, une fistulette par où l'ascite s'écoulait constamment. Au bout de deux jours il ne persistait que la fistulette supérieure semblable à une source.

Cette soupape de sûreté n'a créé d'autre inconvénient que celui d'inonder le malade quand il reposait étendu, mais elle n'a pas été le siège ou la cause d'une infection venue de l'extérieur. C'est la réalisation de la vraie cicatrice à filtration qui nous paraît devoir être autrement efficace que les voies collatérales nouvelles, du moins immédiatement. C'est elle qu'il faudra réaliser dans les interventions ultérieures faites contre la même affection, elle n'est pas sans analogie avec la cicatrice à filtration méningée que j'ai depuis longtemps préconisée (Trente observations de chirurgie intra-crânienne, *Archives provinciales de chirurgie*, 1893), et dont je vais donner un nouvel exemple, superposable, au cas d'ascite qui vient d'être rapporté.

Une petite fille de 8 ans avait les signes manifestes d'une tumeur cérébrale : œdème papillaire prononcé surtout à droite, céphalalgies terribles, et puis un signe spécial, l'impossibilité de fléchir les membres inférieurs sans plier les genoux, ou d'être assise en ayant les jambes étendues sur les cuisses. Les genoux se fléchissaient très vite dans les deux cas. Les docteurs Colrat et Lyonnet jugeaient que cette enfant était perdue à bref délai ; je fus alors appelé à la trépaner, c'était le 13 mars dernier ; comme une légère parésie existait du côté gauche et que l'œdème était surtout marqué à droite, je trépanais à droite vers la scissure de Rolando. L'incision de la dure-mère laissa écouler un flot de liquide céphalo-rachidien qui jaillit avec force. Une hernie cérébrale s'installa sous les téguments, et au niveau d'un des points suturés du péricrâne se forma, dans les quinze jours suivants, une fistulette méningée qui depuis donne tous les jours une grande quantité de liquide dont le lit de l'enfant est inondé. Fait remarquable, depuis l'établissement de cette cicatrice à filtration pour le liquide céphalo-rachidien, cette fillette a cessé de souffrir, elle a engraissé, les mouvements des membres sont revenus, la flexion anormale des genoux dans la flexion du tronc sur les cuisses et des cuisses sur le tronc a disparu. Il n'est qu'un symptôme qui se soit accru, c'est l'œdème papillaire qui a amené la cécité absolue.

L'homme à l'ascite a cessé lui aussi de souffrir, il digère bien et peut se promener. La décompression des organes

intra-abdominaux a donc été réalisée d'une façon efficace par l'épiplorrhaphie sous-cutanée, comme celle de l'encéphale chez la petite fille par la trépanation, suivie d'ouverture des méninges et de hernie cérébrale. Ces deux opérations semblables dans leur but ont amené deux survies dans deux cas désespérés et fatales à brève échéance.

Combien de temps persistera l'amélioration chez le premier malade ; la fistulette est fermée, l'ascite se reproduira-t-elle? Il est à citer, en effet, que notre opéré a quitté l'hôpital sans orifice anormal faisant communiquer le péritoine avec l'extérieur ; la source était tarie, seule la voie pariétale interstitielle restait ouverte pour l'infiltration ascitique. De plus, une forte vascularisation était manifeste dans les téguments, tout autour de la hernie artificielle de l'épiploon. C'était un mois après notre intervention qui a différé des opérations antérieures en ce que l'épiploon a été simplement attiré dans les parois sans avoir été gratté, lui, pas plus que le péritoine pariétal voisin.

VARIÉTÉS

NOTICES HISTORIQUES SUR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Pour répondre à une demande qui nous a été faite à l'occasion du travail de Martin jeune, nous dirons qu'il existe, à notre connaissance, quatre notices ayant pour objet l'histoire de la Société de médecine de Lyon.

La première, publiée en 1798 (an VI), en tête du Recueil des actes de la Société de santé de Lyon, a pour titre : *Histoire des travaux de la Société de santé de Lyon*, par Martin l'aîné, secrétaire de la Société.

La deuxième, publiée en 1844, mais lue en 1842, comme l'indique le compte rendu des travaux de cette année par le docteur Bureau, à la Société médicale d'émulation de Lyon, est celle de Martin jeune ayant pour titre : *Notice historique sur la Société de médecine de Lyon*. La troisième et la plus étendue, est celle du docteur Garin, publiée dans les Annales de la Société de médecine de Lyon, de l'année 1855. Elle a pour titre : *Histoire de la Societé de médecine* ; et pour but, d'obtenir « le seul titre qu'elle puisse désirer et qui soit digne d'elle, celui de *Société impériale* »

La quatrième est celle du docteur Marduel, publiée dans le *Lyon Médical* (25 mars et 1er avril 1900). Elle a pour titre : *les Origines de la Société de médecine*, et pour but, d'élucider la date exacte de l'origine de la Société.

Toutes ces notices se trouvent à la bibliothèque de l'internat dans les recueils où elles ont paru.

Bibliothèque de l'internat. — A ce propos, nous ferons remarquer quel intérêt il y aurait à procurer à cette bibliothèque les vieux travaux relatifs à la médecine lyonnaise et plus spécialement les travaux des siècles précédents et du commencement de ce siècle. Comme lacune à combler dans les périodiques, nous signalerons : *Le Conservateur de la santé des citoyens Brion et Bellay* qui a paru pendant cinq ans, de l'an VII à l'an XII. Il en existe un exemplaire à la bibliothèque de la ville.

Le 2e volume du reçueil des *Actes de la Société de Santé de Lyon* (1802). (Le premier volume est déjà à la bibliothèque de l'internat.)

Le *Journal de la Société de médecine de Lyon*, dont Brion et Bellay signalent l'apparition dans le courant de thermidor, an VIII (juillet 1800), et dont je n'ai pu trouver aucune trace.

Et enfin un journal beaucoup plus récent, le *Journal de médecine de Lyon* (deux volumes en 5 ans, de 1864 à 1868) et de la fusion duquel avec la *Gazette médicale de Lyon* est né le *Lyon Médical*. P. A.

Teinture pour les cheveux. — Les dermatologistes voient de temps en temps des érythèmes ou des eczémas consécutifs à l'application de ces teintures, mais il est plus rare que les tribunaux aient à intervenir. Pourtant la septième chambre du Tribunal de Paris vient de condamner un coiffeur à 1000 francs de dommages intérêts. La cliente affirmait avoir été sérieusement indisposée, et l'analyse de la teinture, faite par le professeur Brouardel, y a révélé la présence de substances toxiques.

Institut antirabique de Lyon et du Sud-Est. — Personnes traitées à l'Institut antirabique de Lyon et du Sud-Est, pendant le mois de juillet :

Ville de Lyon	5
Département du Rhône	3
— de l'Ain	1
— de l'Ardèche	2
— de la Drôme	6
— de l'Isère	10
— du Jura	1
— de la Loire	5
— de la Haute-Loire	3
— de Saône-et-Loire	2
— de la Savoie	1
— de la Haute-Savoie	0
Canton de Genève	1
Total	40

Lyon, le 31 juillet 1900.

Le Directeur : Arloing.

Personnes mordues depuis le 2 janvier 1900 : 331.

Mots de la fin. — Deux confrères parisiens sortent d'un Congrès.

— Etait-ce bien la réunion d'hier ?

— Peuh ! il n'y avait que mufles ; au fait, pourquoi donc n'es-tu pas venu ?

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juillet.	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
22	752	12	751	18	+33.1	14	+15.8	4	75	46	0.0	4.5	36
23	749	7	748	18	+31.4	14	+17.8	4	73	50	0.6	6.7	30
24	747	7	746	18	+31.1	14	+17.2	5	69	43	0.0	6.7	26
25	747	12	746	18	+35.2	15	+15.5	4	73	40	0.0	4.7	31
26	749	7	747	18	+36.0	14	+18.5	4	59	39	0.0	7.9	46
27	747	7	744	18	+36.4	14	+17.5	5	66	35	0.0	6.1	38
28	745	7	743	18	+36.1	14	+18.9	4	61	35	0.0	7.8	39

Maladies régnantes. — Cette semaine le nombre des décès est beaucoup plus élevé que d'habitude; il monte à 246, ce qui donnerait, s'il se maintenait toujours à ce niveau, un coefficient de près de 28 morts par an sur 1000 habitants.

Cette aggravation de l'état sanitaire est due aux chaleurs excessives que nous avons subies pendant quelques jours.

Comme conséquence de l'élévation de la température nous avons eu un très grand nombre d'insolations dont plusieurs ont été suivies de mort, des attaques d'apoplexie, et chez les enfants des méningites, une aggravation des accidents de la dentition, et surtout des gastro-entérites en nombre inusité. Nous comptons 46 décès causés par la diarrhée infantile, c'est à peu près le cinquième du contingent mortuaire de la semaine.

En même temps nous trouvons un assez grand nombre d'affections des voies respiratoires, des angines, des bronchites, des pneumonies, ce qui s'explique par les imprudences commises pour échapper aux souffrances d'un été trop rigoureux.

On signale, dans le Bulletin du Bureau d'hygiène, quelques fièvres typhoïdes disséminées à peu près dans tous les quartiers ; encore 12 petites véroles : 5 dans le IIe arrondissement, 1 dans le IIIe, 6 dans le Ve ; des rougeoles, quelques coqueluches ; une sixaine de scarlatines réparties entre le IIIe et le Ve ; 5 diphtéries : 1 dans le Ier et 1 dans le VIe.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 29 juillet 1900 on a constaté 246 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Broncho-pneumonie	11	Affections des reins.	11
Variole	1	Pneumonie........	7	— cancéreuses..	11
Rougeole	1	Pleurésie..........	2	— chirurgicales.	9
Scarlatine.........	4	Phtisie pulmonaire.	27	Débilité congénitale	4
Erysipèle..........	0	Autres tuberculoses	4	Causes accidentelles	12
Diphterie-croup ...	1	Méningite aiguë...	11	Aut. causes de décès	13
Coqueluche........	1	Mal. cérébro-spinales	30	Causes inconnues..	8
Affect. puerpérales.	1	Diarrhée infantile..	46		
Dysenterie	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	4	Naissances	189
Bronchite aiguë....	2	Maladies du foie...	4	Mort-nés........	17
Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	15	Décès...........	246

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.** *Le Gérant,* **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

DE L'HYPEREXCITABILITÉ MUSCULAIRE DANS LES ALTÉRATIONS PLEURALES CHRONIQUES.

Par M. Péhu.

Les modifications des muscles scapulo-thoraciques au cours des maladies chroniques de la plèvre et du poumon, particulièrement de la tuberculose pleuro-pulmonaire, ont dès longtemps déjà attiré l'attention des cliniciens. Quelle que soit l'interprétation qu'on en ait donnée, les auteurs ont particulièrement insisté sur la fréquence de l'atrophie, qui atteint, parfois d'une façon précoce, les masses musculaires de la ceinture thoracique. Nombreux sont les travaux qui ont paru sur ce point tant cliniques qu'anatomo-pathologiques ou pathogéniques. Nous ne saurions les analyser tous. D'ailleurs, ils ont été cités et discutés en détail dans l'excellente thèse de M. Carcassonne (1). Ce dernier étudie la question d'ensemble et appelle l'attention sur le parti qu'on peut tirer au point du diagnostic et du pronostic tout à la fois, de la constatation d'une amyotrophie scapulo-thoracique. L'auteur met particulièrement en relief les trois points suivants :

1° Correspondance de l'atrophie musculaire et de la lésion tuberculeuse sur un même sommet, ou prédominance de cette atrophie au côté le plus avancé ;

2° Relation entre le degré de l'atrophie musculaire et le degré de la lésion ;

3° Précocité possible de cette atrophie et sa valeur au point de vue diagnostique.

En outre, M. Carcassonne appelle l'attention sur un point en général, laissé dans l'ombre dans beaucoup de descriptions : la coïncidence fréquente, pour ne pas dire constante, d'une exagération plus ou moins notable de la contractilité des muscles scapulo-thoraciques traduisant cliniquement une lésion chronique de la séreuse sous-jacente dans la tuberculose pleuro-pulmonaire.

(1) Carcassonne. Th. Paris, janvier 1900.

Peu de temps après, M. Roussel, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, à la suite de la publication faite par M. Carcassonne, relate dans la *Loire Médicale* (1) le résultat de ses recherches cliniques ; il a trouvé fréquemment l'exagération des réflexes thoraciques au cours de la tuberculose et c'est pour lui un signe précieux pour le diagnostic de la tuberculose au début. Il rapporte ce symptôme à la pleurite qui accompagne les lésions du parenchyme pulmonaire.

Des recherches antérieures par conséquent, il faut déduire que l'hyperexcitabilité des masses musculaires du thorax est symptomatique d'une lésion bacillaire de la plèvre et du poumon.

Mais est-ce dans cet état pathologique seulement qu'on le rencontre ?

Depuis longtemps déjà, M. le professeur Teissier avait été frappé de ce fait que l'hyperexcitabilité des masses musculaires, accompagnée d'un degré plus ou moins accusé d'amyotrophie scapulo-thoracique, n'a pas une physionomie et une signification toujours identiques, et, en particulier, qu'elle n'implique pas forcément l'existence d'une tuberculose pleuro-pulmonaire.

J'ai, sur ses conseils, recherché systématiquement ce symptôme chez un grand nombre de malades, non seulement sur des tuberculeux, mais encore sur d'autres sujets chez qui on pouvait conclure par l'auscultation à la participation plus ou moins active de la plèvre au poumon morbide. Ces constatations méritent d'être rapportées. Je remercie vivement M. le professeur Teissier de m'avoir autorisé à relater ici le résultat de mes recherches.

Leur point de départ a été l'observation d'un malade âgé de 36 ans, dans les antécédents de qui, on retrouvait trois ans auparavant, des crachements de sang survenus brusquement en pleine santé ayant duré pendant quelques jours, assez abondants, puisqu'il disait avoir rejeté environ un litre de sang, mais qui n'avaient été accompagnés que de toux sans phénomène généraux. Le malade put reprendre son travail journalier. Dix-huit mois après, il se reprit à tousser, mais d'une façon intermittente et sans être beau-

(1) Roussel. *Loire Médicale*, 15 mars 1900.

coup gêné par la maladie. Il venait à l'hôpital à cause de la toux et pour un amaigrissement qui s'était progressivement plus accentué.

A l'entrée, on constatait de la submatité des sommets plus particulièrement du côté droit, avec exagération des vibrations vocales. L'auscultation dénotait quelques râles humides très rares, localisés aux fosses sus-épineuses perceptibles seulement à une auscultation attentive, mais surtout des frottements secs, inspiratoires et expiratoires, disséminés dans toute la hauteur, et prédominants du côté droit. Expectoration très peu abondante. Les muscles scapulo-thoraciques présentaient une atrophie assez marquée : les masses musculaires avaient diminué de volume : de chaque côté de la colonne vertébrale on constatait des sillons transversaux correspondant aux espaces inter-épineux. Les omoplates étaient saillantes. En avant, les masses de pectoraux étaient atteintes, un amaigrissement déjà fort accentué. En outre, point particulièrement intéressant, chacun de ses muscles présentait une excitabilité mécanique très particulière. Il suffisait, en effet, d'une percussion légère au moyen d'une chiquenaude ou en frappant très superficiellement la paroi thoracique, pour provoquer une secousse intense qui soulevait brusquement le moignon de l'épaule. Aux altérations pleurales prédominantes correspondait une exaltation considérable des réflexes musculaires généralisés à toute la masse péri-thoracique et qui n'ont pas fait prévoir l'atrophie déjà accentuée qui semblait avoir frappé ces masses musculaires.

En somme, malgré que l'hyperexcitabilité mécanique fût très accentuée, l'auscultation ne révélait que des lésions peu avancées du parenchyme pulmonaire ; l'altération prédominante semblait être la pleurite disséminée dans toute la hauteur du thorax et c'est à elle que nous avons rapporté sans hésitation l'atrophie d'une part, l'hyperexcitabilité des masses musculaires d'autre part. Le cas, en un mot, était schématique.

Notre attention éveillée, nous avons examiné à ce point de vue plusieurs malades chez lesquels l'auscultation dénotait des altérations pleurales, prédominantes ou accompagnées de lésions pulmonaires, et d'une façon presque cons-

tante avons rencontré cette hyperexcitabilité mécanique des muscles.

Je ne m'étendrai pas outre mesure sur l'aspect extérieur de l'amyotrophie scapulo-thoracique. Elle est, en effet, très connue. Les muscles qui en sont atteints sont plus ou moins diminués de volume, figurant souvent une série de reliefs et de dépressions ; ici, comme c'est la règle, il s'y ajoute un état particulier de minceur du tégument par disparition du tissu cellulaire sous-cutané. Autour de la colonne cervicale, existent souvent des séries régulièrement parallèles de saillies et de dépressions qui montrent les attaches musculaires sur les apophyses épineuses et les intervalles qui les séparent. En même temps on remarque une atrophie des muscles de l'épaule et des pectoraux, qui souvent marchent de pair avec celle des muscles postérieurs. Mais là n'est pas le point intéressant.

Ce qui est digne de remarque, c'est *l'hyperexcitabilité mécanique de ces masses musculaires atrophiées, dans le cas où existe une altération pleurale.* Cette hyperexcitabilité peut être mise en évidence par des moyens simples tels que par le doigt, une percussion légère par une chiquenaude, au moyen du stéthoscope, etc. On constate encore que les masses musculaires présentent une contraction brusque, soudaine, et en général fort intense. Cette contraction peut d'ailleurs affecter des types divers : elle comprend parfois des faisceaux musculaires tout entiers, qui apparaissent nettement alors sous la peau, quelquefois seulement des fibrilles. Il n'est pas rare de voir se produire le phénomène connu, depuis Lawson Tait, sous le nom de myxœdème et étudié par Labbé (1), par Desbarres (2), etc. Ces contractions musculaires vives et soudaines sont assez énergiques pour soulever le moignon de l'épaule, pour déplacer l'omoplate, etc. Tous les muscles peuvent être ainsi intéressés et présenter une exagération de la contraction quand on les percute : trapèze, grand pectoral, petit pectoral, deltoïde sus et sous-épineux, grand dentelé, etc., simultanément ou isolément suivant les cas. En général, l'hyperexcitabilité prédo-

(1) Labbé. Th. Paris, 1881.
(2) Desbarres. Th. Paris, 1899.

mine sur un groupe musculaire. En même temps, on voit se produire de la vaso-dilatation cutanée au point percuté, indice d'un trouble dans l'innervation des divers plans du tégument. Les malades accusent souvent de la douleur au niveau des points où l'on frappe la masse musculaire. Nous ne faisons pas mentionner au nombre des signes sensitifs l'existence de points de côté dont on connaît la fréquence au cours des manifestations pleurales chroniques. Nous n'avons pas observé d'une façon constante l'hémihypéresthésie signalée par M. Weil dans la tuberculose pulmonaire; nous rappelons que nos recherches n'ont pas porté uniquement sur des bacillaires, mais bien sur des sujets atteints de diverses variétés de pleurites ou pleurésies chroniques. Chez les sujets qui présentent ainsi de l'hyperexcitabilité mécanique des muscles périthoraciques, on ne note que des modifications variables des différents réflexes tendineux (rotulien, antibrachial, olécrânien, etc.). Il ne s'agit pas, en un mot, d'une exagération généralisée à tout le système tendino-musculaire.

L'auscultation vient confirmer que le symptôme sur lequel nous attirons l'attention peut être rapporté à une lésion de la plèvre. On entend en effet des bruits qu'on doit localiser dans la séreuse pulmonaire, des frottements vraiment caractérisés, des simples froissements à la fois expiratoires et inspiratoires, de timbre sec, etc. Il s'y adjoint souvent des râles pulmonaires : craquements, râles sous-crépitants, etc., dans ces cas, la lésion pleurale est symtomatique.

L'excitabilité électrique a été soigneusement étudiée par M. Chanoz, chef des travaux du laboratoire de physiologie à la Faculté; elle a été trouvée toujours augmentée dans des proportions assez notables.

De plus, et c'est là un point important, l'exagération dans la contraction des muscles thoraciques est plus marquée du côté où prédominent les phénomènes révélateurs par l'auscultation d'une altération pleurale.

Nos recherches sur ce point concordent avec les conclusions de M. Carcassonne. Il en résulte que l'excitabilité exagérée n'est pas uniquement l'apanage des muscles avoisinant le sommet pulmonaire ; il se peut faire qu'elle se montre aussi au niveau de la base, chez les sujets qui pré-

sentent de l'excitation pleurale dans le mal de Bright, dans les altérations rénales chroniques d'une façon générale, etc.

Le phénomène se rencontre dans nombre d'états pathologiques : tout d'abord dans la tuberculose ulcéreuse chronique qui s'accompagne, avec une fréquence très grande, de lésions irritatives de la plèvre, de la formation de néo-membranes, d'adhérences, etc ; dans la pleurésie dite sèche, d'origine bacillaire, en apparence primitive, mais qui est le plus souvent symptomatique d'altérations pulmonaires encore mal perceptibles à l'auscultation (Fernet).

En dehors de la tuberculose pulmonaire chronique, nous l'avons rencontré, quoique à un moindre degré, dans le mal de Bright et les néphrites chroniques, chez ces malades qui réalisent des symptômes partiels, des épanchements le plus souvent limités aussi de la cavité pleurale, après une phase d'excitation des différentes séreuses, plèvre, péricarde (périviscérites de Labadie-Lagrave et Degouy) ; dans la grippe à forme thoracique, voire même dans certaines cardiopathies compliquées d'accidents pleuro-pulmonaires.

Quelle cause doit-on invoquer pour rattacher ces faits en apparence disparates ?

Suivant toute probabilité, c'est par le mécanisme d'une irritation lente et prolongée que les processus pleuraux entraînent la production de l'hypertonus musculaire. En un mot, quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache pour expliquer la pathogénie de l'amyotrophie, il est probable que le phénomène qui lui est surajouté, qu'on observe dans les conditions que nous avons citées : l'hyperexcitabilité mécanique, est sous la dépendance d'une névrite intercostale, dont l'existence clinique et anatomo-pathologique semble n'être pas douteuse au cours des irritations pleurales à lente évolution (Beau, Grisolle, Pitres et Vaillard). C'est cette névrite, nous le pensons, qui entraîne un état d'hyperexcitabilité plus ou moins accentué dans les masses musculaires. Il est digne de remarque, en effet, qu'elle fait défaut quand l'amyotrophie existe seule, sans névrite, dans la maladie décrite par Aran-Duchenne, par exemple, comme nous l'avons constaté sur un malade du service de M. le professeur Teissier. C'est à ce même mode pathogénique qu'en définitive se rallie dans sa thèse, Carcassonne, qui énumère

avec détail et critique les différentes interprétations proposées.

La connaissance de ce phénomène peut être d'une réelle utilité pour trancher certaines difficultés de diagnostic différentiel quand on hésite pour la localisation pulmonaire ou pleurale de certains bruits sur l'origine desquels on est mal fixé. En outre, il nous a permis souvent par un examen extérieur des masses scapulo-thoraciques après percussion, de prévoir de quel côté prédominait le processus, ce que confirmait ensuite l'auscultation.

Nous ne voulons pas dire cependant que ce phénomène de l'hyperexcitabilité mécanique des muscles thoraciques soit d'importance première en séméiologie. Néanmoins, sa constatation a une certaine valeur si on consent à lui attribuer purement et simplement celle de signe révélateur d'une lésion pleurale chronique. C'est, en dernière analyse, ce que nous ont indiqué nos recherches cliniques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHARMACODYNAMIQUE DE CERTAINS PRODUITS SALICYLÉS : SALICYLATE DE MÉTHYLE SODÉ ET SALICYLATE DE MÉTHYLE.

Par MM. P. Chatin et L. Guinard

(Travail du Laboratoire de thérapeutique de l'Université de Lyon de M. le Prof. Soulier.)

Suite. — (Voir le n° 30.)

B) Salicylate de méthyle.

Expérience XIV (8 juillet 1899).

Gros chien terre-neuve, 38 kil. 500, âgé de 10 ans environ. Le chien est curarisé. A 10 h. 20, injection dans le membre postérieur gauche de 20 cc. de la solution de curare du laboratoire. Au bout de cinq minutes les effets du curare se manifestent. Le chien est placé sur la table d'opération, trachéotomisé et soumis à la respiration artificielle. On place alors les appareils enregistreurs qui inscrivent : 1° le pouls carotidien ; 2° la pression carotidienne ; 3° le cœur (choc précordial) avec l'appareil de Laulanié dont la position correcte a été vérifiée à l'autopsie.

On injecte successivement dans la veine jugulaire 1 cc., 2 cc., 2 cc., 4 cc., 4 cc. de salicylate de méthyle pur.

Les phénomènes enregistrés par les appareils sont les suivants :

Avant toute injection :

Pression................	124
Cœur....................	124

Immédiatement après, injection intra-veineuse de 2 cc., légère élévation de pression avec ralentissement du cœur.

A 10 h. 8 :

Pression................	148
Cœur....................	116

Au moment où la pression monte plus haut, le cœur se ralentit un peu plus. L'état moyen et le plus constant paraît être le suivant :

Pression................	150
Cœur....................	104

A 10 h. 16 on fait assez rapidement une injection veineuse de 1 cc. qui produit :

Pression................	208
Cœur....................	144

A 10 h. 21, on note encore :

Pression................	168
Cœur....................	136

A 10 h. 28, troisième injection de 2 cc. :

Pression passe de	153 à 202
Cœur passe de........	124 à 156

A 10 h. 36, on compte :

Pression................	166
Cœur....................	133
Pouls....................	132

Une injection brusque de 4 cc. fait brusquement tomber la pression et accélère énormément le cœur qui bat 224 fois par minute. Après cet accident la pression remonte, et à 10 h. 53 on mesure :

Pression................	134
Cœur irrégulier...........	34 en 15 secondes.
Pouls intermittent........	18 —

Il y a des systoles avortées absolument imperceptibles au pouls. Quelques systoles assez fortes ne sont pas plus apparentes au pouls. Nous avons vu ces accidents dans une autre expérience. En une minute nous avons compté 153 pulsations cardiaques pour 83 pulsations sphygmographiques.

Une dernière injection fait tomber la pression et produit la mort.

En dehors des phénomènes notés par le tracé, les réactions observées ont été les suivantes : 1° Salivation abondante, mais moins marquée que dans la première expérience du 5 juillet ; 2° Sécrétion muqueuse nasale également augmentée ; 3° Véritable bronchorrée se traduisant par un écoulement abondant de liquide spumeux teinté de sang par l'orifice de la canule trachéale. Le liquide constitue une véritable pluie qui mouille le sol sur un large espace en face de l'orifice de la canule ; 4° Dilatation

pupillaire très marquée ; 5° Pas d'élimination d'urines ni de matières fécales.

Autopsie faite à 11 heures, c'est-à-dire immédiatement après la mort :

Cœur normal. Pas de lésion valvulaire.

Poumons. Œdème énorme des deux moitiés inférieures. Liquide spumeux suintant à la coupe d'une façon abondante.

Foie, rate, reins, estomac et intestin très congestionnés.

Vessie. Contient peu de liquide. Le liquide ne contient pas de sang à l'examen macroscopique. On retrouve du salicylate par le perchlorure de fer. On constate un abcès de la prostate.

RÉSUMÉ. — *Système circulatoire.* — 1re phase : ralentissement du pouls et du cœur avec élévation de la pression ; 2e phase : accélération du pouls et du cœur avec abaissement de la pression ; 3e phase : systoles avortées, ne se manifestant pas au pouls ; 4e phase : mort par arrêt du cœur en systole.

Autres appareils.— Hypersécrétion générale. Pas d'hématurie.

EXPÉRIENCE XV (5 juillet 1899).

Gros chien de chasse robuste et résistant, jeune (15 mois environ), 34 kilogr.

Le chien est mis sur la table avec application du mors sans anesthésie. On place les appareils enregistreurs : cardiographe de Laulanié, sphygmographe enregistreur de la presion.

Après prise de tracé normal on pratique d'abord une injection de 2 cc. de salicylate de méthyle sous la peau. Pas de modification appréciable du tracé.

On fait alors quatre minutes après une injection de 1 cc. dans la veine jugulaire. Il se produit des mouvements convulsifs intenses, puis tout se calme et l'on peut prendre un tracé.

La pression n'est pas modifiée ;

Le pouls ne présente rien de particulier ;

Le tracé du cœur présente une forme particulière. Il semble que le choc précordial se forme comme en deux temps.

Il existe une tachypnée très marquée.

On fait à nouveau plus tard une injection de 1 cc. dans la veine jugulaire. Il se produit à nouveau des phénomènes convulsifs. Élimination abondante de salive et suintement nasal marqué.

Les pupilles sont dilatées et ne réagissent pas à la lumière. La conjonctive est sensible.

Le cœur présente des systoles avortées qui ne se font pas sentir jusqu'au pouls. Il y a 26 pulsations cardiaques au quart de minute pour 22 pulsations du pouls seulement.

Un accident qui a altéré le tracé une fois relevé a empêché la mensuration exacte de la pression.

Le chien n'est pas mort.

Résumé. — *Système circulatoire.* — Modification du tracé du choc précordial qui se fait en deux temps.

La pression n'est que peu modifiée, et dans le même sens que sur les tracés précédents, c'est-à-dire qu'on observe une élévation passagère et peu durable de la pression quelques minutes après l'injection.

La respiration présente les mêmes modifications déjà constatées, c'est-à-dire de l'accélération irrégulière, avec des phases plus ou moins accélérées sans rythme de Scheynes-Stokes cependant.

Expérience XVI (26 juillet 1899).

Grosse chienne âgée, 39 kil. Même manuel opératoire que précédemment.

Avant toute injection veineuse les appareils enregistreurs donnent les chiffres suivants :

Pression.................	144
Pouls....................	68 (pulsat. inégal.)
Respiration..............	28

A 9 h. 35, 2 cc. de salicylate de méthyle sont injectés dans la veine jugulaire. Il se produit immédiatement une très grande accélération du pouls et une chute de la pression qui tombe à 84.

Pression.................	84
Pouls....................	182
Respiration..............	très inégale.

Après ce premier accident, la pression remonte brusquement et atteint :

Pression.................	164
Pouls....................	100
Respiration..............	40

A 9 h. 48 l'animal présente des tremblements. La salive et le mucus s'écoulent abondamment par la bouche et le nez. Le cœur présente des fréquences intermittentes. On a :

Pression.................	174
Pouls....................	128
Respiration..............	très inégale.

A 9 h. 51, nouvelle injection de 2 cc. qui, comme la première, détermine une chute de la pression avec accélération très grande du cœur et

de grands frissons. Après ces accidents, la pression remonte, mais le cœur reste faible. La respiration s'accélère beaucoup.

A 10 heures l'état des fonctions que nous examinons est le suivant :

Pression..................	130
Pouls.....................	152 (très faible)
Respiration..............	152

Hypotension brusque due à l'état du cœur probablement.

A 10 h. 17, à la suite d'un accident ayant déterminé une chute de la pression, on note :

Pression..................	98
Pouls.....................	106 (faible)
Respiration..............	92

A 10 h. 18 une dernière injection de 2 cc. dans la veine jugulaire fait tomber définitivement la pression, et le chien meurt par arrêt primitif de la respiration, le cœur continuant à battre.

Autopsie. — A révélé des lésions cardiaques.

Résumé. — *Système circulatoire.* Le phénomène principal présenté est une chute de la pression avec grande accélération du cœur immédiatement après chaque injection, alors que dans les expériences précédentes chaque injection avait été suivie d'une phase d'hypertension.

Autres appareils. — Hypersécrétion générale. Tremblement.

Expérience XVII.

Injections intra-veineuses pour déterminer la toxicité.

D'après les expériences précédentes il semble que l'équivalent toxique soit voisin de 0,20. En conséquence on injecte, à un chien de 21 kil., 3 cc.

L'injection est poussée d'un seul coup dans la veine jugulaire. Le chien meurt en cinq minutes après avoir présenté de la salivation abondante accompagnée d'hypersécrétion nasale et de larmoiement. Il existe de la dilatation pupillaire. Phénomènes convulsifs intenses.

Le cœur s'arrête près de deux minutes après la respiration.

Autopsie. — Congestion intense de tous les organes, mais surtout congestion pulmonaire très marquée accompagnée d'œdème.

L'équivalent toxique est 0,20.

Expérience XVIII.

Injection intra veineuse.

Chien de 21 kil. A 9 h. 35, injection 1 cc. 1/2. Il se produit des mouvements convulsifs légers, c'est plutôt un tremblement généralisé que de véritables convulsions. La dilatation pupillaire est très marquée. Il y a de la salivation abondante accompagnée d'hypersécrétion nasale.

A 9 h. 40 nouvelle injection de 1 cc. 1/2. De nouveau, tremblement extrêmement intense; dyspnée très marquée; la pupille se contracte. L'hypersécrétion nasale et salivaire persiste.

A 9 h. 47, injection de 1 cc. 1/2, ce qui porte à 4 cc. 1/2 la quantité totale injectée. La température rectale prise à ce moment est de 40°.

A 9 h. 50 le chien meurt. La nouvelle injection n'a pas produit de convulsion. La dyspnée est moins marquée ou plutôt la respiration est ralentie. Il existe de la dilatation pupillaire. La respiration s'arrête bien avant le cœur.

Auttopsie. — Congestion intense de tous les organes avec prédominance de la congestion et de l'œdème pulmonaire.

L'équivalent toxique est de 0,29.

Expérience XIX.

Injection sous-cutanée.

Chien loulou de 5 kil. On injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané 10 cc. de salicylate de méthyle. L'injection est faite à 9 heures. A 9 h. 3 dyspnée avec accélération des mouvements respiratoires, salivation. A 9 h. 8, on compte 132 pulsations au cœur, au lieu de 108 avant l'expérience. A 9 h. 45 la tachypnée a cessé. Le cœur bat à 100 pulsations à la minute. L'état général est bon. A 11 heures, chien morose, apathique, somnolent; température rectale de 38°. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Rien de spécial à noter. Pas de congestion apparente des organes.

Expérience XX.

Injection péritonéale.

Chien de 7 kil. Injection faite à 10 h. 20. A 10 h. 22 le chien devient triste et se couche. Le ventre devient gros et tendu. Pas de dyspnée. Pas de salivation apparente. A 10 h. 45 le chien vient d'avoir quatre vomissements coup sur coup. Il vomit un liquide clair, abondant, de plus en plus abondant à chaque vomissement, comme s'il y avait de l'hypersécrétion gastrique. A 10 h. 50 tremblement marqué : le chien fait avec la tête un mouvement tantôt d'affirmation, tantôt de négation ; le tremblement est de plus en plus intense. La température rectale est de 40°.

A 11 h. 8 les mouvements de tremblement ont acquis une grande intensité. L'animal reste couché sur le flanc la tête renversée en arrière, les membres agités de mouvements choréiques de grande amplitude. Tachypnée marquée, 260 respirations par minute. A 11 h. 20 la mort survient avec arrêt de la respiration qui précède l'arrêt du cœur.

Autopsie. — Congestion péritonéale légère : liquide séro-sanguinolent, mélangé de salicylate que l'on retrouve sous forme de gouttes huileuses. Pas de congestion pulmonaire.

Expérience XXI.

Injection péritonéale.

Chien de 12 kil. 500. On injecte 26 cc., soit 35 gr. 27. L'injection est faite à 9 h. 5. Mort à 10 h. 30, après avoir présenté de la dyspnée, de la

salivation, des vomissements, un peu de tremblement et une température de 39°,5.

Expériences XXII et XXIII.

Injections veineuses à deux lapins pour déterminer l'équivalent toxique.

Les chiffres obtenus ont été 0,53 et 0,43. Les chiffres obtenus ont été 0,53 et 0,43. La mort est survenue dans les deux cas avec des phénomènes dyspnéiques et des mouvements convulsifs.

Expériences XXIV, XXV, XXVI, XVII.

Injections péritonéales à quatre lapins.

Les animaux reçoivent des doses de 3, 4, 6, 12 cc. Ils meurent plus ou moins vite avec des phénomènes d'apathie générale, des sécrétions salivaires et nasales exagérées, de la dyspnée et presque pas de mouvements convulsifs.

Autopsie. — Pas de congestion apparente.

Expériences XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII.

Injections sous-cutanées et péritonéales chez le cobaye.

Mêmes phénomènes que dans les deux expériences précédentes, c'est-à-dire mort avec dyspnée, un peu d'apathie, salivation légère. Pas de phénomènes convulsifs. Température normale.

Autopsie. — Pas de congestion apparente des organes. On retrouve le salicylate en masse dans le péritoine et dans le tissu cellulaire.

On peut tirer de l'ensemble de ces expériences les conclusions suivantes :

Tout d'abord les effets des deux préparations employées, salicylate de méthyle sodé et salicylate, sont, à part la question de dose, de tous points comparables tant au point de vue des effets cardio-pulmonaires, que des effets sur les autres appareils.

L'équivalent toxique déterminé par injection intra-veineuse a été, pour le salicylate de méthyle sodé, de 0,88 chez le chien, et de 1.45 à 1,55 chez le lapin ; pour le salicylate de méthyle pur, l'équivalent a été de 0,20 et 0,25 pour le chien et de 0,43 à 0,53 pour le lapin. En injection veineuse, le salicylate de méthyle est donc plus toxique, d'une façon générale, que le salicylate de méthyle sodé, et les deux préparations sont plus toxiques pour le chien que pour le lapin.

A part donc une toxicité plus grande du salicylate de méthyle, nous n'avons à observer que des effets comparables, et nous engloberons dans notre exposé les résultats fournis

par le salicylate de méthyle pur et sodé. Nous donnerons d'abord les résultats fournis par nos six expériences principales accompagnées des tracés du cœur, du pouls, de la pression artérielle et de la respiration, soit les effets généraux produits par les médicaments sur l'appareil cardio-pulmonaire. Nous résumerons ensuite les effets produits sur les autres appareils. Puis nous verrons en quels points les résultats de nos expériences sont comparables avec celles obtenues avec l'acide salicylique ou les salicylates. Enfin nous essayerons de dégager de l'ensemble de ces faits quelques idées utiles au point de vue de l'emploi thérapeutique des médicaments en question.

(La fin au prochain numéro.)

ACTION SAPONIFIANTE DU FOIE SUR L'ÉTHER AMYL-SALICYLIQUE.

Par MM. M. Chanoz et M. Doyon.

(Travail du Laboratoire du professeur Morat.)

L'éther amyl-salicylique est décomposé dans l'organisme principalement, sinon exclusivement par le *foie*. A l'appui de cette assertion, nous citerons deux ordres d'expériences :

A) *Expériences in vivo.* — On injecte dans une branche de la veine porte une dose mortelle d'éther amyl-salicylique (2 à 3 cc. pour un lapin). L'autopsie étant pratiquée au bout de 15 à 20 minutes on perçoit très nettement au niveau du foie l'odeur caractéristique de l'alcool amylique. L'odeur devient encore plus nette si l'on sectionne l'organe. De plus, si l'on traite le foie par l'eau froide, on obtient une solution qui donne nettement la réaction de l'acide salicylique avec le perchlorure de fer.

B) *Expériences in vitro.* — I. On recueille sur un animal le sang et les principaux organes : foie, rate, pancréas, poumons, reins, cerveau ; on broie ces organes au mortier avec du sable lavé et de l'éther amyl-salicylique, puis on porte les divers échantillons à l'étuve. Le sang est de même additionné d'éther.

a) — Après quelques heures on perçoit très nettement

l'odeur de l'alcool amylique dans le tube contenant le foie. Les autres tubes ne présentent pas cette odeur à un degré caractéristique.

b) — On épuise par l'eau froide les échantillons restés à l'étuve. Les liqueurs filtrées sont additionnées de $Fe^2 Cl^6$. La réaction de l'acide salicylique est très caractéristique avec le foie.

II. — Le *foie lavé* avec soin au moyen d'une solution physiologique de chlorure de sodium introduite par la veine porte et l'artère hépatique produit les mêmes effets que le foie non lavé.

Le *foie bouilli* ne saponifie pas l'éther étudié.

Conclusion. — Le foie exerce donc une *action saponifiante propre* sur l'éther amyl-salicylique. Rappelons à ce propos que *Hanriot* (1) a signalé l'existence d'une lipase dans le foie et le sérum, mais ce physiologiste n'avait pas institué « d'expérience directe pour savoir si la lipase du sérum provenait du foie ». Etant donné que le sang et le sérum sont sans action saponifiante nette sur l'éther amyl-salicylique, nous nous demandons si la saponification de cet éther est bien due à la lipase isolée par *Hanriot* dans le foie ou s'il ne s'agit pas d'un phénomène distinct.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 4 juillet 1900. — Présidence de M. Vallas.

M. Louis Dor, à propos du procès-verbal, dit qu'il a fait, grâce à l'électro aimant, l'extraction d'une parcelle de fer implantée dans la cornée d'un malade. L'opération a été fort simple : elle eût été fort compliquée sans l'appareil, parce que le corps étranger faisait saillie dans la chambre antérieure.

M. Tripier présente un ouvrage offert par le professeur Bouchard : *Séances de la Société de biologie.*

M. le Président prie M. Tripier d'adresser les remercîments de la Société au savant professeur.

---

(1) *Archives de physiologie*, 1898, p. 804.

ÉLECTRO-AIMANTS.

M. Delole. J'ai l'honneur de vous présenter des *électro-aimants*, que j'ai fait fabriquer par M. Fasse et que j'ai montrés déjà à la Société de médecine de Lyon dans sa séance du 27 juin 1870, où j'ai été argumenté par MM. Bouchacourt et Chassagny.

Dans la note qui accompagnait cette présentation, j'ai consigné des recherches très minutieuses et très détaillées sur la plupart des conditions physiques et mécaniques d'extraction des corps métalliques qui sont engagés dans les divers tissus du corps humain. J'avais eu soin d'indiquer que la puissance d'attraction était en raison de la force du courant; mais à cette époque nous n'avions pas Jonage et nos moyens d'investigation étaient restreints.

Mon instrument est un embryon, digne tout au plus de figurer dans une collection préhistorique, car il pèse 220 gr. et fonctionnait avec une pile Grenet, à courant de 2 volts tout au plus; il n'en est pas moins vrai qu'il est venu le premier comme application de l'*électro-aimantation* à l'art chirurgical et qu'il a été le précurseur de celui de l'exposition actuelle qui pèse 260 kilogr. et marche avec un courant de 110 volts.

Dans ces conditions nouvelles et avantageuses il serait intéressant de reviser les expériences variées que j'avais faites en 1870.

SYNDROME DE LANDRY DÛ A UNE LÉSION PÉRIPHÉRIQUE.

M. Pic présente un homme qui a été atteint de cette affection.

Il s'agit d'un employé de chemin de fer, apporté à l'Hôtel-Dieu, le 19 mai, avec une paraplégie absolue. L'affection avait débuté, sans cause apparente, le 3 mai, par des picotements des pieds. Le 6 mai, le malade avait eu des crampes dans les membres inférieurs.

A l'entrée il présentait une quadriplégie complète, des troubles sensitifs, surtout subjectifs (crampes, fourmillements) et objectivement une légère paresthésie, une abolition totale des réflexes tendineux, et pas de réaction de dégénérescence. Les deux nerfs faciaux étaient pris comme

dans une paralysie périphérique : orbiculaire de l'œil, frontal, orbiculaire des lèvres, rien du côté du voile du palais.

Ceci, avec l'intégrité des sphincters, faisait penser à une lésion périphérique. Lorsqu'on interrogeait minutieusement le malade, on relevait que, 8 à 15 jours avant, il avait eu des signes de grippe. C'était donc une polynévrite post-grippale analogue à celles publiées actuellement par Cestan.

L'absence de réaction de dégénérescence rendait le pronostic favorable. L'électrisation faradique a été employée avec succès. Actuellement, la marche est facile.

A noter encore l'intégrité du voile du palais qui confirme l'opinion de Lermoyez sur l'innervation de celui-ci par le vago-spinal.

M. Gangolphe présente un rapport sur la candidature de M. Vernay (de Vienne), dont les conclusions favorables sont adoptées.

M. Vernay est nommé membre correspondant de la Société.

DE L'AGGLUTINATION DU BACILLE DE KOCH ; APPLICATION A LA CLINIQUE POUR LE SÉRO-DIAGNOSTIC TUBERCULEUX.

M. Paul Courmont fait au nom de M. Arloing et au sien une communication sur le séro-diagnostic de la tuberculose.

Après avoir indiqué les difficultés techniques qui ont empêché pendant longtemps d'obtenir des *cultures liquides homogènes* du bacille de Koch, l'auteur expose la technique nécessaire pour : 1° obtenir et entretenir ces cultures ; 2° obtenir en clinique les phénomènes de l'agglutination de ces cultures avec le sérum des malades.

Il montre à la Société des réactions agglutinantes démonstratives obtenues avec des sérums de tuberculeux.

Les conclusions que MM. Arloing et Courmont apportent aujourd'hui sont basées sur un travail de plus de deux ans, sur de très nombreuses expériences sur l'animal et sur des recherches cliniques incessantes et répétées (plus de 400 malades ont été examinés au point de vue de la séro-réaction tuberculeuse).

Chez les tuberculeux avérés, la séro-réaction est presque toujours positive. Elle n'est négative pour les cas de tuber-

culose pulmonaire, que chez les phtisiques très avancés. De même chez les animaux tuberculisés, la réaction n'apparaît pas si la tuberculose est très virulente ; elle est très intense, au contraire, si on a inoculé une tuberculose très atténuée. Ces faits ouvrent des horizons nouveaux et intéressants sur la valeur pronostique possible des variations de la séro-réaction envisagée comme un signe de réaction défensive de l'organisme.

Il y a cependant d'autres facteurs que la virulence ou l'extension des lésions tuberculeuses pour empêcher l'agglutination de se produire : la localisation des lésions a peut-être son importance, car les cas de tuberculose osseuse semblent ne donner souvent qu'une agglutination très faible ou absente.

Dans les cas bénins, peu avancés, douteux parfois, de tuberculose médicale, le séro-diagnostic a donné des résultats positifs à peu près constants, contrôlé par l'examen ou l'inoculation des crachats ou l'autopsie, et ayant révélé souvent des lésions latentes. C'est là surtout ce qui fait la valeur de la méthode : les cas d'absence de séro-réaction chez les phtisiques avancés n'ont que peu d'importance, car alors le diagnostic est fait par d'autres moyens.

M. Courmont montre que la méthode est *pratique, rapide, absolument inoffensive pour le malade* (avantage sur la tuberculine en injections) ; elle demande seulement un certain luxe de précautions pour entretenir et employer les cultures.

D'ailleurs des confirmations précieuses sont déjà venues des auteurs qui ont employé les cultures envoyées par MM. Arloing et Courmont. MM. Mougom, Buard, Rothamel, dans de très importants travaux, ont appliqué avec succès la méthode à Bordeaux.

En Allemagne, le professeur Leyden et son assistant Bendix, ont obtenu des résultats très favorables et très constants avec les cultures et la méthode en question, et M. Leyden a fait récemment une conférence à ce sujet à une Société savante de Berlin. Dans la dernière réunion de la Société de médecine interne de Berlin (14 juin), M. Bendix a montré l'utilité de la méthode pour le diagnostic des péritonites tuberculeuses.

Le séro-diagnostic tuberculeux a donc déjà fait ses preuves en France et à l'étranger.

M. Guinard. Quelle est la proportion des sujets qui, sains cliniquement, présentent cependant une réaction positive ?

M. Courmont. Il en existe environ 20 °/₀. Mais cette proportion est à peu près nulle si on vérifie l'état de tous les organes dans les autopsies accidentelles.

M. Pic. Comme l'a dit M. Courmont, bien des sujets, cliniquement indemnes de tuberculose, présentent en réalité des localisations.

Les individus qui donnent une réaction positive rentrent, probablement tous, dans la classe des tuberculeux latents. Bien des faits cliniques que j'ai observés semblent le démontrer. En les examinant plus attentivement, on s'aperçoit qu'ils ont des signes douteux, suspects de tuberculose.

Un de mes malades, atteint de fièvre typhoïde, présentait la double séro-réaction au bacille d'Éberth, au bacille de Koch. Ce fait singulier fut expliqué par l'autopsie, qui démontra que la mort était bien due à la fièvre typhoïde, mais l'individu était affecté de tuberculose pulmonaire.

La découverte de M. Arloing est donc entrée dans la clinique.

M. Arloing. Dans l'espèce bovine, nous avons pu faire de nombreuses expériences contrôlées par les autopsies. Or, chez les bœufs, chez les veaux également, la séro-réaction ne nous a, pour ainsi dire, jamais trompé.

Il est assez facile d'avoir et de conserver des cultures pures de bacilles de Koch. Nous cherchons, en ce moment, à livrer au public des cultures facilement agglutinables. Celle qui agglutine le mieux est la culture pure datant de 13 à 16 jours. En diluant les cultures avec de l'eau salée, nous arriverons probablement à donner au liquide un coefficient d'agglutination qui pourrait être sensiblement identique, quelle que soit l'ancienneté de la culture.

L'élection du Secrétaire général, en remplacement de M. Icard, décédé, donne les résultats suivants :

Au premier tour, ballotage ; au second tour, M. Lyonnet est élu par 40 voix sur 45 votants.

Le Secrétaire adjoint, X. Delore fils.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 7 juin 1900. — Présidence de M. Fochier.

AFFECTION NEURO-PARALYTIQUE DE L'ŒIL DROIT.

M. Gayet présente le malade, âgé de 64 ans. L'œil paraît atteint de kératite avec hypopyon, mais l'indolence et l'absence de réaction font penser à une affection trophique. En

effet le côté droit et inférieur du visage est atteint d'une paralysie complète, l'œil droit est tout à fait insensible. Le malade a eu, il y a deux ans, un écoulement de l'oreille droite qui a reparu il y a quelques mois; c'est là l'origine probable de la lésion du facial, mais cependant on s'explique mal l'intégrité surprenante du facial supérieur, et comment d'autre part, admettre une lésion cérébrale avec l'intégrité de la motilité générale et des fonctions intellectuelles.

EXOPHTALMIE INTERMITTENTE UNILATÉRALE.

M. Rootte présente un jeune homme de 29 ans atteint d'exophtalmie intermittente de l'œil gauche.

En septembre 1899, après avoir travaillé toute une journée la tête baissée il éprouva une sensation de pesanteur dans l'œil. Quelque temps après, au réveil, il aperçut une saillie de l'organe qui se reproduit désormais toutes les fois qu'il travaille la tête baissée. Si la tête est dressée il n'y a rien d'apparent, mais si on l'incline, au bout d'une à deux minutes l'œil paraît projeté en avant et cerné d'un bourrelet mollasse et bleuâtre. On ne peut, en pareil cas, songer qu'à des varices orbitaires, bien que ce malade ne présente en aucun autre point de dilatation veineuse.

La vision est intacte, ce qui contre-indique toute intervention actuelle.

M. Gayet estime qu'il n'y a pas lieu d'intervenir; beaucoup d'exophtalmies brusques réductibles sont dues à des dilatations veineuses, dont l'étiologie est aussi obscure pour l'œil que pour les autres régions.

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Fochier.

M. Vincent, à l'occasion du fait de trouble trophique de la cornée présenté par M. Gayet, rapporte le cas analogue d'un homme âgé qui avait eu une otite suppurée, et présenta ultérieurement une ulcération de la cornée avec abcès et fonte de l'œil.

FIBROME NASO-PHARYNGIEN.

M. Vincent présente un malade actuellement guéri qu'il a opéré d'un fibrome de la base du crâne qui faisait saillie dans la fosse zygomatique et l'antre d'Hygmore sans connexion avec les fosses nasales.

Le malade âgé de 12 ans et demi est le seul survivant de

cinq frères ou sœurs. A son entrée, il avait l'aspect d'un sujet atteint de paralysie faciale gauche. La paupière est abaissée, l'œil un peu saillant et atteint de cécité complète, bien que le malade affirme voir aussi bien de l'œil gauche que du droit. La narine gauche est élargie, la joue plus saillante. Après quelques hésitations de diagnostic : tumeur maligne du maxillaire supérieur, gliome du nerf optique, polype à siège anormal, M. Vincent se rattache avec quelque réserve au diagnostic de tumeur bénigne de la fosse zygomatique implantée sur la base du crâne, et ayant poussé des prolongements dans la fente sphéno-maxillaire, dans l'antre d'Hygmore, vers l'orbite avec compression du nerf optique et vers la cavité buccale.

L'incision pratiquée suivit le contour du nez et le rebord orbitaire. Le lambeau rabattu, on vit sous le rebord antérieur de l'os malaire le prolongement le plus avancé de la tumeur dont le reste plongeait dans la fosse zygomatique. Ce prolongement fut arraché avec des pinces. On fit alors sauter la paroi antérieure du sinus maxillaire et la tumeur fut saisie avec des pinces, tordue et arrachée. Hémorragie immédiate formidable, tamponnement et pression énergique avec de la gaze iodoformée, syncope, injections d'éther. État précaire du malade les jours suivants, injection de sérum. Après 48 heures on essaie de détacher doucement les couches superficielles du pansement. L'hémorragie se reproduit violente, on tamponne de suite avec du pinghwar et de la gaze perchlorurée.

Le 17, état meilleur, on peut enlever les tampons, faire des lavages. Le 25 mai, suppuration encore abondante, mais qui ne coule pas dans la bouche, le plancher buccal ayant été respecté. Actuellement, le malade va bien; la cécité de l'œil gauche reste complète.

La tumeur est du type ordinaire des fibromes naso-pharyngiens.

M. Ollier fait observer que ces tumeurs peuvent saigner énormément sans qu'il y ait de sinus lésé. Il rappelle les avantages de l'abaissement du nez par l'ostéotome vertical pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. Gayet rappelle que l'orbite et les cavités péri-orbitaires peuvent donner naissance à des tumeurs semblables.

M. Vincent ne pouvait aborder sa tumeur que par la résection du maxillaire.

FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE.

M. Batut présente un malade atteint de cette affection.

M. Gayet a observé un cas semblable.

FRACTURE DE L'ASTRAGALE ET FRACTURE EN COIN DU TIBIA.

M. Destot présente la radiographie qui a servi à révéler ces lésions sur un malade resté impotent à la suite d'une chute sur les pieds.

M. Ollier présente un rapport favorable sur la candidature de M. Martel comme membre titulaire. Les conclusions sont adoptées.

Séance du 21 juin. — Présidence de M. Fochier.

M. Auguste Pollosson présente une malade âgée de 21 ans et ayant eu déjà deux grossesses à qui il a pratiqué une pylorectomie pour un néoplasme de l'estomac étendu jusqu'au voisinage du pylore. Trois petits ganglions de l'épiploon ont été enlevés. Il rappelle une malade du même âge ayant eu quatre grossesses et opérée par lui d'un cancer de l'utérus et se demande s'il n'y a pas un rapport entre ces ces grossesses répétées et le cancer.

PSEUDO-APPENDICITE ; TYPHLITE PERFORANTE D'ORIGINE MICROBIENNE ; MORT 14 JOURS APRÈS LA LAPAROTOMIE, DE PÉRITONITE AIGUE.

M. Vincent communique l'observation d'un enfant de 10 ans, qui depuis un mois se plaignait d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Parfois vomissements alimentaires, pas de fièvre. L'enfant, d'après un renseignement donné plus tard, aurait reçu un coup de pied dans le ventre.

Le diagnostic fut celui de péritonite enkystée appendiculaire avec clapotement, présence de gaz, et perforation intestinale probable.

Le 6 juin, incision. A peine a-t-on pénétré dans le péritoine que quelques gaz s'échappent, il ne sort qu'un peu de sérosité louche. On reconnaît le cæcum, l'abouchement sur

lui de l'intestin grêle. La paroi postéro-externe du cæcum est criblée de trous comme une écumoire. Se souvenant d'un fait analogue qui, d'après le conseil de M. Ollier, guérit par la seule incision et le drainage, M. Vincent fit un pansement à la gaze iodoformée. L'opération fut prolongée trois quarts d'heure par la recherche d'un tampon qu'on croyait, à tort, avoir oublié ; pendant cette recherche les intestins sortirent et on eut de la peine à les réduire.

Le 8 juin, vomissements porracés, puis suites assez simples.

Le 12 juin, une fistule stercorale s'établit.

Le 20, une péritonite développée sans gros symptômes, presque sans vomissements ni ballonnement, emporte le malade.

Il s'agit ici d'une typhlite perforante et non d'une appendicite. On a pensé à une tuberculose.

M. A. Pollosson a vu deux faits analogues.

M. Vallas croit à un processus infectieux autre que la tuberculose. On ne voit pas pourquoi le cæcum, si voisin de l'appendice, échapperait toujours aux accidents infectieux qui ont ce dernier pour point de départ. S'il est ordinairement indemne, c'est que la stagnation ne s'y produit pas comme dans l'appendice.

M. Vincent est très heureux, en souvenir d'un cas qui l'a personnellement intéressé, de voir M. Vallas nier la tuberculose.

M. Vincent présente les radiographies de tarsoplasies. Dans presque tous les cas il y a eu des fractures et des subluxations portant sur l'astragale et les os du tarse.

M. Ollier fait un rapport favorable sur la candidature au titre de membre correspondant de M. Severianu (de Bucharest).

Ces conclusions sont adoptées.

REVUE DES LIVRES

Déformations du col vésical dans l'hypertrophie prostatique, par le Dr Louis Fabre. (Thèse de Lyon, 1899.)

Dans cette intéressante thèse qui porte sur 201 examens du col vésical chez les prostatiques (Delore, Lagoutte), l'au-

teur a mis à contribution les nombreux documents fournis par le Dr Delore, chef de clinique chirurgicale. Il montre combien sont exceptionnelles les indications de la prostatotomie et de la prostatectomie.

Il est arrivé, du reste, aux conclusions suivantes :

I. Les déformations du col vésical dans l'hypertrophie prostatique sont très variées ; mais d'habitude, on les ramène à quatre catégories principales : — *a)* Dans l'hypertrophie des lobes latéraux, le col vésical affecte la forme d'une fente antéro-postérieure ; cette disposition est des plus rares. — *(b* Dans l'hypertrophie du lobe médian, le col est surmonté d'une véritable luette qui peut être parfois pédiculée ; on ne la rencontre que dans une proportion de 4 pour 100. — *c)* Dans l'hypertrophie en masse de tout le tissu prostatique, le col vésical ressemble à un museau de tanche : c'est l'hypertrophie en col utérin. — *d)* Souvent aussi, la prostate ne fait aucune saillie dans la cavité vésicale ; comme la précédente, c'est une variété très fréquente.

II. Nous avons recherché soit sur le vivant au cours des cystostomies récentes (29) et anciennes (124), soit dans les autopsies dont 18 nous sont personnelles, et 30 appartiennent à Lagoutte, quelle était la proportion de ces différentes catégories de déformation : nous n'avons jamais trouvé l'hypertrophie des lobes latéraux ; nous n'avons rencontré que 8 fois celle du lobe médian, et 193 fois le col utérin ou le col à fleur de la muqueuse vésicale.

III. Par là voie périnéale, on peut enlever quelques fibromes glandulaires, et remédier, à la rigueur, par incision de l'urètre, à certains troubles d'obstruction ; mais c'est une voie mal réglée, et jusqu'ici les prostatectomies par voie périnéale n'ont jamais été que des opérations de circonstance, et ne peuvent être décidées que dans le courant de l'intervention.

IV. La prostatectomie sus-pubienne donnerait, à la rigueur, des résultats dans les cas de lobe médian pédiculé, et quelques observations démontrent l'utilité de cette pratique ; mais si, théoriquement, la prostatectomie sus-pubienne est l'opération de choix dans ces conditions, il n'en est pas de même dans la pratique, car les malades sont infectés et, à ce

moment, le diagnostic est impossible, malgré les prétentions de quelques auteurs.

V. La plupart du temps, les malades sont des empoisonnés urinaires avec de graves accidents de rétention, et dont la vie est menacée, ils réclament donc le minimum de traumatisme opératoire. La cystostomie sus-pubienne de M. le professeur Poncet, constitue donc une opération de choix qui rend des services dans tous les cas, par le drainage des voies urinaires qu'elle établit. Si, alors, on constate l'existence d'un lobe médian pédiculé, on peut l'enlever lorsque l'état général du malade le permet; or, ces cas sont rares et, d'une façon générale, la cystostomie sus-pubienne peut seule être utilisée. Du reste, la prostatectomie sus-pubienne, vantée par certains auteurs, n'agit, d'après nous, que par la cystostomie et l'établissement d'un drainage des voies urinaires supérieures.

De l'appendicite à gauche, par le docteur Léopold Aroud. Thèse de Lyon, 1900.

L'auteur, qui avait recueilli à la Clinique de M. le professeur Poncet des observations d'appendicite à siège anormal, étudie l'appendicite à gauche.

Il formule les conclusions suivantes :

Bien qu'assez rarement diagnostiqués, nous croyons que les accidents à gauche de la ligne médiane d'origine appendiculaire sont plus fréquents qu'on ne le pense ordinairement. Nous avons pu réunir onze observations à ce sujet.

Ces accidents nous paraissent dus à deux ordres de faits différents :

1° A une situation anormale gauche du cæcum et de son appendice, soit par transposition des viscères (faits rares), soit par arrêt de leur développement ou laxité de leurs ligaments; 2° à un appendice prenant naissance normalement sur le cæcum, dans la fosse iliaque droite, mais d'une longueur exagérée et d'une direction transversale gauche.

Cliniquement, l'appendicite à gauche peut revêtir deux modalités bien distinctes : ou bien les symptômes se présenteront uniquement du côté gauche, ou bien les signes du côté gauche coïncideront avec des phénomènes appendiculaires à droite, soit qu'ils les précèdent, soit qu'ils coexistent avec eux, soit qu'ils les suivent.

Lorsqu'il y a bilatéralité des symptômes, le diagnostic ne nous paraît pas présenter de difficulté ; au contraire, lorsque les symptômes sont localisés uniquement à gauche, il deviendra particulièrement délicat : il faudra d'abord éliminer les différents abcès de la fosse iliaque gauche consécutifs à une infection de voisinage, penser ensuite à l'occlusion intestinale (volvulus), aux annexites, à la colique de plomb, etc.

Le traitement ne diffère en rien de celui de l'appendicite ordinaire.

REVUE DES JOURNAUX

Anesthésie obstétricale par les injections de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. — Sous ce titre, nous trouvons dans *l'Indépendance médicale* du 18 juillet 1900, la relation d'une présentation faite à l'Académie de médecine par les docteurs Déléris et Malartis.

En injectant dans l'arachnoïde lombaire une solution d'un à deux centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, MM. Déléris et Lamartis parviennent à rendre indolores les contractions utérines pendant le travail de l'accouchement. Cette analgésie est complète cinq à dix minutes après l'injection, et elle persiste une heure et demie à deux heures et quart. Le travail n'est nullement ralenti, au contraire, les contractions utérines paraissent augmenter de fréquence, de force et de durée. La perte de sang après l'accouchement est moins forte que d'habitude, et, dans un cas d'insertion du placenta au voisinage du col, l'hémorragie s'est arrêtée avant la rupture des membranes.

Il y a malheureusement une ombre à ce beau tableau. L'utérus reste sous l'influence de la cocaïne en état de demi-tension pendant l'intervalle des contractions. C'est dire que la cocaïne agit sur la contractibilité de la fibre utérine comme le seigle ergoté. Elle supprime la douleur, mais c'est là son seul avantage et la seule différence qu'il y ait entre son action et celle du seigle ergoté.

Comme lui, aux contractions intermittentes, elle substitue cet état de contracture permanente qui a fait condamner, par tous les accoucheurs expérimentés, l'emploi du seigle ergoté non seulement avant l'expulsion de l'enfant, mais

encore avant l'extraction du placenta. On sait, en effet, quels dangers il fait courir à la vie de l'enfant, quelles difficultés il oppose à toute manœuvre obstétricale, et combien il peut rendre difficile la délivrance en amenant l'enchatonnement du placenta.

L'administration de la cocaïne est tout aussi dangereuse que celle du seigle ergoté. Il faut donc se garder de son emploi, il faut renoncer à chercher à obtenir par ce moyen l'accouchement sans douleur.

Il n'est du reste pas bien sûr qu'on puisse toujours traverser impunément les enveloppes de la moëlle épinière avec l'aiguille à injection et qu'on ne puisse voir dans quelques cas malheureux cette pratique être suivie d'accidents de méningite rachidienne.

Sur l'application du sérum antidiphtérique, par J.-E. Melenfeld (*Gaz. clin. de Botkine*, 11 août 1898.) — II. J.-A. Chabad. Même sujet. (Ibid.) — III. V.-F. Feldt. Même sujet. (Ibid.)

I. — Melenfeld a observé en trois mois, 339 scarlatineux auxquels il a appliqué un traitement préventif par le sérum. De ce nombre, il peut éliminer 27 injections qui ont été faites tardivement. Sur 312 cas, Melenfeld a obtenu 211 guérisons; 101 malades sont morts. Parmi les 211 scarlatineux guéris, les injections ont eu lieu avant le troisième jour après l'entrée, chez 111, tandis que les 100 autres sont restés sans injection. Sur les 111 traités préventivement, la diphtérie avec bacilles de Löffler apparut chez 7, soit chez 6,3 %; sur les 100 scarlatineux non traités par le sérum, 26 % eurent la diphtérie à bacilles de Löffler. Chez les premiers, la diphtérie fut légère; chez les derniers, plus graves. Sur les 101 morts, 52 reçurent les injections et 79 restèrent comme témoins.

Toutefois, seules 34 observations sont comparables, dont 15 avec injections et 19 sans injections. Chez les premiers, il y a eu 7 cas avec bacilles de Löffler, chez les seconds, 9 cas. Mais, parmi les 7 traités, 4 sont morts de septicémie et 3 seulement de diphtérie; parmi les 9 non traités, 5 sont morts de diphtérie. L'auteur conclut à une action favorable

du sérum antidiphtérique injecté préventivement chez les scarlatineux.

II. — Chabad a traité, en trois mois, 133 scarlatineux par le sérum antidiphtérique, en faisant une injection le premier ou le deuxième jour après l'entrée, une deuxième injection au bout de trois semaines et une troisième au bout de six semaines. La dose injectée a été de 300 unités antitoxiques. En éliminant les cas sortis ou morts avant la sixième semaine, restent 75 scarlatineux traités au moins six sesemaines, dont 4 ont pris la diphtérie et 34 traités plus longtemps dont 3 ont pris la diphtérie; en tout, 7 cas de diphtérie sur 133 scarlatineux traités préventivement.

III. — Feldt a observé sur 47 scarlatineux traités par les injections de sérum, un seul cas de diphtérie, tandis que sur 267 scarlatineux non traités par le sérum, il a vu 39 cas de diphtérie (14,6 °/₀). D'après les évaluations de l'auteur, l'emploi du traitement préventif par le sérum a fait diminuer la mortalité à l'hôpital des Enfants de Nicolas, à Saint-Pétersbourg, dans le service des rougeoleux, de 9,7 °/₀ à 7,5 °/₀; dans le service des scarlatineux, de 18,3 °/₀ à 11,5 °/₀; dans le service des diphtériques, à 12 °/₀.

Traitement des loupes par les injections interstitielles d'éther. — Il faut avoir soin d'employer pour ces injections de l'éther sulfurique officinal parfaitement pur. La seringue doit être stérilisée avant l'opération, et la surface de la loupe rendue aseptique par un lavage au savon et au sublimé corrosif. Si la tumeur est peu volumineuse, on n'injecte que 5 à 6 gouttes d'éther. Quand elle est volumineuse on peut injecter dans la même séance une pleine seringue de Pravaz, en opérant à doses fractionnées, à mesure que la diminution de tension de la poche indique qu'une certaine quantité de tissus adipeux est dissoute par l'éther. Quand on retire l'aiguille, on a soin de laver au sublimé et de fermer l'orifice de la piqûre par l'application d'une goutte de collodion.

On renouvelle ces injections tous les deux jours en ayant soin d'introduire toujours l'aiguille par le même orifice.

Au bout de cinq ou six injections, on voit la tumeur se ramollir et devenir presque fluctuante. En même temps, il se

forme au niveau de la piqûre une petite escarre, une petite croûte brunâtre qui ne doit pas dépasser les dimensions d'une tête de grosse épingle.

On détache cette escarre avec la pointe d'un stylet, et, en comprimant la poche entre les doigts, on en fait sourdre le contenu.

Ceci fait, il ne reste plus qu'à extraire le sac. Son adhésion aux parties voisines est diminuée par suite du traitement déjà subi. On achève de le détacher au moyen d'un stylet qu'on introduit par l'orifice de l'escarre et qu'on insinue entre les couches profondes de la peau et la paroi kystique. Puis on fait saillir les bords du sac à travers les lèvres de l'orifice de la peau, et à l'aide d'une pince on amène le sac en totalité par une traction lente et progresive sans saccades.

A la suite de cette extraction, la peau qui recouvrait le kiste se rétracte peu à peu, la petite plaie se referme sans laisser de cicatrice appréciable, et il ne reste plus au point où se trouvait la loupe qu'un petit nodule fibreux qui s'affaisse et disparaît rapidement. (*Courrier médical* du 8 juillet 1900.)

Traitement de la leucorrhée par la levûre de bière. — Un médecin allemand, le docteur Landau, a le premier préconisé l'emploi local de la levûre de bière contre le catarrhe du col utérin. Il se sert de levûre de bière fraîche, non desséchée. Il la conserve dans la glace, et pas plus de deux ou trois jours. On reconnaît que la levure de bière provenant de la brasserie est de bonne qualité à ce qu'elle se présente sous la forme d'une pâte homogène, de couleur café au lait, exhalant l'odeur de la bière. On la dilue dans un peu de bière de manière à former un liquide épais qu'on injecte au fond du vagin et qu'on maintient en place à l'aide d'un tampon de coton hydrophile imbibé de levûre de bière. Ce tampon est renouvelé une première fois au bout de 24 heures, et ensuite tous les deux ou trois jours. Le plus souvent, il n'est pas nécessaire de renouveler l'injection. Ce n'est que dans quelques cas rebelles qu'on la réitère au bout d'une quinzaine de jours.

Le docteur Paul Petit a reconnu l'efficacité de ce traitement dans les cas de leucorrhée chronique, tant ceux d'origine puerpérale que ceux d'origine gonorrhéique. Mais il a

vu que la levûre de bière n'a pas d'action utile sur les vaginites encore à l'état aigu.

Il explique les heureux résultats de ce mode de traitement en rappelant que les levûres de bière respirent à la manière des végétaux, elles dégagent d'énormes quantités d'acide carbonique, et absorbent l'oxygène. Elles créent ainsi dans les voies génitales une atmosphère toxique pour tous les microbes aérobies. (*Concours médical* du 16 juin 1900.)

Mensurations de la température dans l'atmocausis, par Pincus. — L'atmocausis consiste à faire agir pendant 1/4 à 1 minute un courant de vapeur sous une pression de 1 à 2 atmosphères, dont la température est de 110° à 115°, sur la surface interne de l'utérus. Le desideratum paraît être une température très élevée afin que la durée d'action soit aussi brève que possible. On peut faire plusieurs applications séparées par de courtes pauses. Il importe que la cavité cervicale soit aussi protégée que possible. L'indication principale, ce sont non seulement les métrorragies incoercibles du climacterium, mais encore même certaines dues à des myomes. L'atmocausis doit toujours être qualifiée périlleuse. (*Centrallb. f. Gynæk.*, 23 juin.)

Influence de la méthode suivant laquelle sont administrés les médicaments. — *L'Indépendance médicale* du 18 juillet 1900 donne à ses lecteurs quelques conseils de posologie médicale qu'il semble bon de rappeler, parce qu'en les suivant, on peut modifier très avantageusement l'action des médicaments.

Ainsi l'iodure de potassium doit être donné à la dose de 30 à 50 centigrammes dans 15 à 20 grammes d'eau avant le repas. Administré de cette façon, il guérit en quatre jours une bronchite à laquelle la même dose prise dans 60 grammes d'eau après le repas n'apportera aucun soulagement.

Le fer sera administré dans une mixture effervescente. Il pourrait rester inefficace ou même produire de mauvais résultats donné sous une autre forme.

La morphine a peu d'action sur la toux quand elle est prise en solution aqueuse. Elle l'atténue rapidement si on la dis-

sout dans une petite quantité d'excipient visqueux, une cuillerée de sirop, par exemple.

Le sulfate de magnésie peut agir d'une façon très heureuse sur la pleurésie. Il peut diminuer notablement l'épanchement pleural si on en fait prendre 25 à 30 grammes le matin en dissolution dans la moindre quantité d'eau possible, et si le malade s'abstient pendant quelque temps de boire. Il serait complètement inefficace dans les conditions contraires s'il était pris dissous dans une grande quantité d'eau.

Si l'on veut donner toute leur efficacité à la noix vomique, à la digitale, à la belladone, il faut les employer sous forme de teintures mélangées avec un peu d'eau. (*L'Indépendance médicale* du 18 juillet 1900.)

Traitement de la chlorose et de l'anémie. — Les préparations ferrugineuses ne donnent pas toujours les bons résultats qu'on se croirait en droit d'attendre d'une médication aussi rationnelle que classique. C'est qu'il arrive souvent chez les chlorotiques et les anémiques que les fonctions digestives tombent dans un état de langueur qui rend impossible la nutrition.

Il faut en pareille circonstance combattre l'anorexie et la dyspepsie. On a conseillé pour remplir cette indication essentielle, d'adjoindre aux préparations ferrugineuses l'artémisine et la quassine. On fait prendre à chaque repas deux pilules contenant chacune un milligramme d'artémisine, un milligramme de quassine et un centigramme d'oxalate de fer.

Cette médication agit rapidement. Dès le dixième jour, l'amélioration se manifeste. (*L'Indépendance médicale* du 18 juillet 1900.)

Caséine et salicylates. — Les combinaisons de caséine avec les salicylates doivent, à cause de leur résorption rapide et parce qu'elles irritent très peu la muqueuse gastrique, attirer l'attention du praticien. (*Pharm. Centralh*, 28 juin, p. 377.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

DE L'EMPLOI DU PAPIER AU GÉLATINO-BROMURE D'ARGENT COMME SURFACE SENSIBLE AUX RAYONS X.

Par le docteur J. Fabre,
Chef du Laboratoire de la Clinique d'accouchements de Lyon.

On peut obtenir de très bonnes radiographies en exposant aux rayons X du papier à aggrandissement de la série B de la maison Lumière par exemple; le temps de pose avec cette marque est assez long : trois minutes pour la main, cinq pour un thorax d'enfant, quinze pour un bassin de femme adulte.

Le développement à l'hydroquinone est celui qui nous a le mieux réussi.

Le temps de pose étant trop prolongé, nous avons demandé à MM. Lumière de nous donner un papier plus sensible; ils ont eu l'obligeance de nous remettre un papier qu'ils fabriquent spécialement pour les enregistreurs de M. le professeur Marey, c'est un papier trop sensible dont la couche de bromure d'argent se voile très facilement.

Il faudrait avoir un papier dont la sensibilité soit intermédiaire à celle de ces deux marques.

La substitution d'un papier aux plaques constitue un progrès important : on obtient ainsi des épreuves dont le prix de revient est très diminué, ces épreuves sont directes et n'exigent qu'une seule opération, le développement ; les épreuves sont plus faciles à lire que les clichés pour les gens non initiés.

Pour les lésions osseuses autres que les fractures, pour les corps étrangers très fins, la plaque conserve sa supériorité due à la finesse de son grain ; mais toutes les fois que la forme ou les rapports des os seront seuls en cause, la radiographie sur papier sera très indiquée.

La principale indication de ce procédé est fournie par la radiographie obstétricale, car alors on opère sur des plaques 40×50, coûteuses, difficiles à manier, alors que nous ne cherchons qu'une silhouette du détroit supérieur : en 15 minutes sur du papier au gélatino-bromure, série B de Lu-

mière, nous avons obtenu des épreuves suffisantes pour pouvoir appliquer la méthode de la radiographie métrique à la mensuration des diamètres du détroit supérieur.

VARIÉTÉS

Abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites dans les hôpitaux de Paris. — Chargé par le Syndicat des médecins de la Seine d'un rapport sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites, M. Thiéry (de Paris) ayant d'abord signalé de nombreux exemples d'abus de ce genre, auxquels il ajoute l'admission des malades riches dans les hôpitaux, et surtout à l'hôpital Dubois, étudie les résultats d'une enquête qu'il a faite en province et à l'étranger sur les règlements propres à écarter les malades aisés de l'hôpital. Il reconnaît que la plupart des règlements prohibitifs n'existent que théoriquement, et que dans trop de villes l'Assistance publique transforme une partie de ses hôpitaux en véritables maisons de santé, dont elle cherche à tirer parti aux dépens des praticiens de la ville. Beaucoup moins large lorsqu'il s'agit de délivrer des secours en nature et en médicaments, l'Assistance accorde parfois les soins médicaux, et il en résulte un encombrement des consultations et des salles, très préjudiciable à l'intérêt des véritables indigents trop souvent évincés des hôpitaux, à cause de l'encombrement signalé.

Étudiant ensuite les moyens de remédier à cet état de choses, M. Thiéry émet l'opinion qu'aucun malade payant ne doit être admis à l'hôpital tant que l'Assistance n'a pas assuré le traitement de tous les indigents.

Comme conclusion d'un long rapport qu'il faut lire et que nous ne pouvons analyser, il propose les articles suivants :

1° Une entente doit avoir lieu entre les médecins de la ville, le corps des hôpitaux, l'administration de l'Assistance publique et les pouvoirs publics pour empêcher les malades aisés d'abuser des consultations gratuites et de l'hospitalisation.

2° Au besoin, l'Assemblée législative doit être saisie d'un projet ayant pour but de réglementer l'assistance gratuite, conformément aux lois du 9 mars 1793, du 24 vendémiaire an II, et du 2 floréal an II (Convention nationale).

3° Considérant que c'est à l'Administration qu'il appartient de prendre à sa charge les mesures destinées à réprimer les abus, et qu'un résultat effectif ne peut être obtenu qu'en multipliant les difficultés pour le malade aisé de se présenter à l'hôpital, nous vous proposons de soumettre à l'approbation des pouvoir publics les moyens suivants :

a) Affichage extérieur et intérieur de l'avis qui réserve les consultations et l'hospitalisation aux malades indigents et nécessiteux et des formalités nécessaires pour obtenir l'un et l'autre.

b) Conservation des circonscriptions hospitalières avec application intégrale du règlement en ce qui les concerne.

c) Création de commissaires enquêteurs de quartier et de bons pour consulter, valables pour une année, délivrés aux indigents et nécessiteux établissant leur situation après enquête de ces commissaires. — Nécessité de présenter ces bons pour être admis, soit à la consultation gratuite, soit à l'hospitalisation proprement dite, et de répondre à un formulaire mentionnant l'état civil et la situation pécuniaire du malade.

D) Engagement écrit par le malade de rembourser à l'hôpital la valeur de la consultation ou des soins et frais de séjour, si l'enquête démontre une fraude dans ses déclarations. En cas de récidive, le malade commet une contravention qui sera punie d'une amende, et même de prison. (Au cas où la fraude proviendrait de fausses déclarations du propriétaire ou du concierge, responsabilité pénale de ces derniers.)

E) Suppression des lits payants en dehors des cas où le malade pourrait justifier, soit d'un cas d'urgence, soit d'insuffisance ou de modicité extrême de ses ressources. Suppression de la Maison municipale de santé.

F) Application stricte des règlements actuellement existants et adoption des vœux du Conseil supérieur de l'Assistance publique en ce qui concerne l'hospitalisation des malades de province. (Congrès de déontologie médicale, Paris, 1900.)

La peste. — Aux Indes anglaises la peste diminue, tout en faisant encore plus de ravages cette année qu'elle n'en faisait l'année passée à pareille époque.

En Chine, il y a eu eu pendant les trois dernières semaines du mois de juin 179 décès causés par la peste pendant les trois dernières semaines du mois de juin.

Au Japon, les localités atteintes ne sont pas nombreuses, et l'on a quelque espoir d'enrayer les progrès de l'épidémie.

En Arabie, Mascate, où l'on avait signalé quelques cas de peste, semble en être délivrée.

Condamnation d'un pharmacien pour avoir délivré de la morphine sans ordonnance. — Le tribunal correctionnel de Paris a condamné, à 8 jours de prison et 2000 francs d'amende, un pharmacien qui avait délivré à une morphinomane un gramme de chlorhydrate de morphine sans ordonnance de médecin.

Les mets concentrés. — Le *Mois littéraire et pittoresque* donne des détails sur les mets concentrés. Un repas servi y paraît comme la réunion de quelques pilules et tablettes. Un œuf concentré n'a plus que la dimension d'une pastille quelconque, et ainsi de suite. Le lard se comprime en petit cubes. Le potage se transforme en paquets microscopiques. La substance d'un tasse de chocolat ne dépasse pas le volume d'une tête d'épingle. La chaire entière d'un bœuf de 300 kilogr. ne pèse plus que 15 livres et se porte aisément. Le jus de citron enveloppé de chocolat, le tout de la dimension d'une petite carte de visite, désaltère un homme pendant une journée entière.

Une pharmacie complète de remèdes concentrés se porte en breloque de montre. Les provisions d'un explorateur pour une année ne forment

qu'un petit ballot, qui ne remplirait pas une malle. Bientôt un verre de whisky au soda ne sera qu'une pilule. On sucera son déjeuner en marchant. On avalera son dîner comme on fait d'un cachet d'antipyrine. On n'aura, à vrai dire, enlevé aux aliments que l'eau inutile qu'ils contiennent. Et cela suffira pour que la sensualité soit bannie de la surface de la terre. (*Débats*, 3 août.)

— L'Académie française vient de couronner l'ouvrage de M. le docteur Feuvrier intitulé : *Trois ans à la cour de Perse*, et la thèse de M. le docteur S. Le Maguet sur le *Monde médical parisien sous le grand roi.*

Les fumeries d'opium en France. — Nous voilà bien ! Les mœurs chinoises ont envahi Toulon. Il paraît que la passion de l'opium a pénétré dans le grand port méditerranéen et y exerce déjà de sérieux ravages, surtout parmi les officiers et les équipages de la flotte. Des fumeries d'opium ont eté installées en nombre relativement considérable. Leurs premiers clients furent des coloniaux qui avaient contracté cette funeste habitude en Indo-Chine ou dans les stations d'Extrême-Orient. Malheureusement, ces premiers habitués des fumeries ne sont pas restés les seuls. Ils ont fait des prosélytes. Par désœuvrement ou par curiosité de sensations nouvelles, des jeunes gens ont essayé l'opium, y ont pris goût peu à peu et sont arrivés à ne plus pouvoir s'en passer.

Alcool, tabac, opium, la sainte trinité !

La mort du taureau.— Le plus grand nombre admet comme Sappey (*Anat.*, 1er vol., p. 559), qu'elle résulte de la pénétration de l'arme dans l'espace occipito-atloïdien postérieur. M. Léon Imbert (*Gaz. des hôp.*, 15 juillet 1900), après examen de neuf taureaux, tués à Nîmes suivant les règles de l'art, conclut ainsi : Le taureau ne meurt ni de plaie de la moelle, ni de plaie du cœur, mais d'une lésion des gros vaisseaux du médiastin, — Quant au trajet de l'épée, le voici : A gauche de l'animal, entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate, elle glisse et pénètre dans le médiastin à travers l'un des trois premiers espaces intercostaux, le troisième ordinairement. La mort n'est pas absolument instantanée ; si elle l'est, c'est qu'alors l'arme a véritablement atteint le bulbe en pénétrant par l'espace occipito-atloïdien.

Les lézards séchés. — C'est une industrie chinoise très florissante. L'on en fait un bouillon contre les maladies de consomption. — D'autre part, d'après le comte de Ségur, le lézard mangé cru guérit de la lèpre.

Un début malheureux — Un candidat à l'agrégation devait faire une leçon sur la dysenterie. « Messieurs, commence-t-il, une épidémie de dysenterie ne peut bien s'étudier que lorsqu'on se trouve sur les lieux. » Le fou rire qui s'empara des juges et de l'auditoire ne lui permit pas d'aller plus loin.

Errata. — Dans le numéro du 5 août, page 490, ligne 35, au lieu de bouche, lire bronche ; page 491, ligne 1, même correction.

Page 503, ligne 14, au lieu de deux, lire dix.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Juillet.	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
29	749	24	744	13	+33.0	14	+17.3	4	84	44	0.0	8.6	37
30	751	24	749	3	+27.0	12	+16.3	4	80	49	17.5	4.4	24
31	752	24	749	24	+26.0	14	+14.3	4	44	67	0.0	3.1	17
1	749	0	745	18	+29.1	15	+12.3	4	61	40	0.0	4.7	25
2	749	12	746	0	+27.7	13	+15.5	5	69	47	0.0	5.1	28
3	747	0	741	18	+29.0	14	+11.5	4	81	41	0.0	4.3	24
4	745	24	743	0	+23.8	13	+15.3	5	56	43	0.0	5.2	26

Maladies régnantes. — L'épidémie de petite vérole qui règne à Lyon depuis près d'un an touche à son déclin. Le nombre des varioles déclarées au Bureau d'hygiène, qui était de 12 la semaine passée, tombe à 5 : 1 dans le IIe arrondissement, 2 dans le IIIe, 1 dans le IVe, 1 dans le VIe.

Les rougeoles diminuent de fréquence.

Nous trouvons encore 4 scarlatines nouvelles : 2 dans le IIe arrondissement, 1 dans le Ve, 1 dans le VIe.

On signale un assez grand nombre de coqueluches, surtout dans le quartier Saint-Georges.

Le bulletin du Bureau d'hygiène accuse 10 fièvres typhoïdes ; c'est un peu plus que la semaine précédente. On voit que nous approchons de l'époque où nous avons toutes les années à Lyon une petite épidémie de fièvres typhoïdes.

Le nombre des décès est en grande diminution sur celui de la semaine précédente : 181 au lieu de 246. Il est également un peu plus faible que celui de la période hebdomadaire correspondante de l'année 1899.

Ce sont les affections des organes digestifs chez les enfants qui fournissent le plus fort contingent mortuaire. Nous avons 44 décès dus à la diarrhée infantile : 44 sur 181, c'est un peu plus du quart.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 4 août 1900 on a constaté 181 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Broncho-pneumonie	6	Affections des reins.	6
Variole	2	Pneumonie........	8	— cancéreuses..	10
Rougeole	0	Pleurésie..........	0	— chirurgicales.	6
Scarlatine.........	0	Phtisie pulmonaire.	21	Débilité congénitale	6
Erysipèle..........	0	Autres tuberculoses	2	Causes accidentelles	4
Diphtérie-croup ...	1	Méningite aiguë...	7	Aut. causes de décès	6
Coqueluche........	2	Mal. cérébro-spinales	13	Causes inconnues..	4
Affect. puerpérales.	1	Diarrhée infantile..	44		
Dysenterie	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	3	Naissances	207
Bronchite aiguë....	3	Maladies du foie...	2	Mort-nés.........	8
Catarrhe pulmonaire	4	Affections du cœur.	19	Décès............	181

Le Président du Comité de rédaction, — *Le Gérant,*

J. AUDRY. — **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

N° 33. — DIMANCHE 19 AOUT 1900.

UN CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE.

PAR MM.

F. Barjon,
Chef de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

A. Cade,
Interne des hôpitaux,
Préparateur-adjoint d'histologie à la Faculté.

(Travail du Laboratoire de la clinique du professeur Bondet.)

L'anémie pernicieuse progressive, malgré les rudes attaques qu'elles a subies, a cependant gardé une place à part dans le groupe des anémies extrêmes. Cette individualité, elle le doit avant tout à l'allure clinique particulière qu'elle revêt; mais, en dépit des travaux auxquels elle a donné naissance, elle est restée un syndrome, attendant pour conquérir son titre incontesté d'entité morbide que les investigations étiologiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques aient permis de noter autre chose que des causes banales, des parasites hypothétiques et des lésions contingentes ou inconstantes.

Aussi s'explique-t-on aisément la multiplité et la diversité des processus pathogéniques qui ont été successivement attribués à cette affection. Ce fut dans une lésion organique qu'on en chercha d'abord la clef : le foie (Perroud), le cœur, l'estomac (Fenwick), le tractus intestinal, la moelle osseuse, le grand sympathique, etc., furent successivement pris à partie et accusés de tout le mal. Puis les recherches bactériologiques avec Bernheim, Eichorst, Frankenhauser, Aufrecht, Petrone, etc., laissèrent entrevoir la possibilité de démontrer l'origine microbienne de l'affection et permirent ainsi d'étayer la théorie infectieuse de l'anémie pernicieuse.

Enfin les études hématologiques plus précises ouvrirent encore la voie à de nouvelles conceptions pathogéniques (anhématopoièse de Hayem, dégénération mégaloblastique d'Ehrlich).

Entre temps se faisait jour une opinion, qui rattachait le syndrome de Biermer à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Sandöz émettait cette opinion en 1887, et dès la même année Hunter préludait à une série de re-

cherches fort intéressantes qui ont été depuis lors patiemment poursuivies, et qui ont, sinon définitivement éclairé le mode pathogénique de l'anémie pernicieuse, du moins ont permis de l'envisager sous un jour nouveau. C'est là d'ailleurs un sujet encore à l'étude. Aussi nous a-t-il paru intéressant de publier l'observation d'un malade que nous avons pu étudier avec soin dans le service de notre maître, M. le professeur Bondet. L'autopsie de ce sujet et l'examen histologique de ses viscères abdominaux nous ont permis de constater des lésions auxquelles les recherches pathogéniques récentes confèrent un certain intérêt.

OBSERVATION CLINIQUE.

M. J..., âgé de 40 ans, demeurant à Lyon, exerçant la profession de charpentier, entre le 28 novembre 1899, dans le service de la clinique, salle Saint-Augustin. Cet homme n'accuse aucun antécédent intéressant, tant héréditaire que personnel.

Son père est mort accidentellement, sa mère a succombé à 45 ans à une affection indéterminée. Il a perdu une sœur en bas âge et a encore un frère et une sœur en bonne santé. Il a eu trois enfants dont un est mort dans la première enfance, les autres vivent et se portent bien.

Il nie tout antécédent vénérien. Il n'accuse que des habitudes d'alcoolisme modéré : buvant au maximum un litre et demi de vin par jour, assez rarement un petit verre d'eau-de-vie, et tous les quatre ou cinq jours un verre d'absinthe.

Il n'a présenté antérieurement aucune maladie sérieuse.

L'affection actuelle a débuté, il a deux mois et demi, insidieusement par des phénomènes pulmonaires : un peu de toux, mais accompagnée d'une expectoration rare et jamais sanglante ; le symptôme dominant était une oppression survenant facilement sous l'influence des efforts et pouvant s'accompagner de palpitations. En même temps, et sans qu'il eût éprouvé d'autres troubles fonctionnels et en particulier des troubles digestifs, le malade se mit à maigrir et à perdre ses forces.

Quinze jours avant d'entrer à l'hôpital survinrent des hémorragies gingivales, puis des hémorragies nasales, ou mieux des hémorragies par la seule narine gauche, qui persistèrent, peu abondantes d'ailleurs, mais revenant tous les jours ou tous les deux jours sous forme d'un écoulement goutte à goutte prolongé.

C'est à la même date que celle du début des hémorragies que le malade remarqua pour la première fois un peu d'œdème des jambes et des pieds.

Le 28 novembre, il entre donc à l'hôpital et il nous frappe tout d'abord par son teint d'une pâleur extrême, d'une pâleur de cire avec une nuance subictérique des conjonctives. Aux membres inférieurs existe un œdème mou, blanc, prenant facilement l'empreinte du doigt, occupant

les pieds et les jambes et remontant le long de la face postéro-interne des cuisses.

L'exploration de l'*abdomen* permet de constater une légère hypertrophie du *foie*, dont on sent nettement le bord tranchant, mince, régulier, mais induré, et dont la matité commençant en haut à la 6ᵉ côte déborde en bas de un travers de doigt le rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

La rate est augmentée de volume, sa matité accrue, tant dans son diamètre vertical que dans son diamètre transversal, et son pôle inférieur, perceptible à la palpation profonde de l'hypochondre.

Le *cœur* a sa pointe qui bat dans le 5ᵉ espace, un peu abaissée, mais sans déviation notable. On la localise aisément. Il n'existe pas de battements épigastriques. La matité précordiale est légèrement accrue dans ses divers diamètres. A l'auscultation les bruits sont réguliers, accélérés. On note à la pointe un souffle systolique assez intense, mais de timbre doux, ne se propageant pas dans l'aisselle. Dans la région moyenne du cœur on perçoit un bruit méso-systolique, un peu rude, qui revêt les caractères d'un bruit de frottement.

Le *pouls* radial est régulier, accéléré (112 pulsations par minute), de tension affaiblie. Les veines du cou n'offrent pas de congestion bien marquée, néanmoins on peut obtenir un certain degré de reflux hépato-jugulaire. Dans les vaisseaux du cou, l'auscultation révèle l'existence d'un bruit de souffle continu avec renforcements. Il en est de même au niveau des globes oculaires, mais pas de souffle temporal.

L'examen soigneux des *poumons* révèle au sommet gauche de la diminution d'ampleur, du murmure vésiculaire, une inspiration légèrement saccadée et une expiration un peu prolongée. Au sommet droit existe de la submatité en avant avec exagération des vibrations, et à l'auscultation on note une inspiration obscurcie ; une expiration bruyante et un retentissement plus marqué de la voix et de la toux, mais sans aucuns râles.

L'expectoration est nulle.

Du côté des gencives on ne remarque rien d'anormal. La dentition est en mauvais état. La langue est humide, normale.

La température est subfébrile, 38°,2. Les urines sont claires, colorées, abondantes, ne contiennent ni albumine, ni sucre. La réaction de Gmelin est négative.

En présence de ces phénomènes, et malgré des indices d'induration légère des sommets pulmonaires, se posait l'hypothèse d'une anémie pernicieuse. L'examen hématologique (Voir plus loin) venait d'ailleurs, dès le lendemain, lui apporter un sérieux appoint.

Et d'autre part, l'évolution rapidement progressive de l'affection plaidait encore en faveur de l'existence du syndrome de Biermer.

Le malade continuait à maigrir, à se cachectiser, incapable d'efforts et constamment enfoncé dans son lit. Les œdèmes persistaient, les hémorragies nasales et gingivales se renouvelaient fréquemment, devenant bientôt presque incessantes. Les souffles vasculaires restaient aussi intenses.

Le 6 décembre, l'examen ophtalmoscopique permettait de noter une papille légèrement décolorée et tout autour d'elle des hémorragies le long des vaisseaux.

Le même jour, M. P. Courmont pratiquait l'ensemencement du sang de ce malade, mais cet essai de culture restait sans résultat.

Pendant les huit premiers jours du séjour à l'hôpital, la température restait constamment fébrile ou subfébrile, oscillant autour de 38° et dépassant seulement un jour 39°.

En dépit du traitement arsenical (injections rectales de cacodylate de soude) longtemps prolongé, l'état du malade allait progressivement en s'aggravant, et d'ailleurs les examens hématologiques successifs permettaient de suivre les progrès de l'affection.

Les phénomènes pulmonaires néanmoins étaient presque nuls, à peine existait-il de loin en loin un peu de toux, le crachoir restait constamment vide. Et d'autre part, à aucun moment, nous ne pûmes noter de troubles digestifs, et en particulier il n'y eut jamais de selles sanglantes.

Le malade mourut sans complications et par le simple fait des progrès de sa cachectisation le 22 janvier, près de deux mois après son entrée à l'hôpital, et quatre mois environ après le début de son affection.

Examen hématologique. — Les globules rouges et les globules blancs ont été numérés à deux reprises, et cela avec l'appareil de Hayem et Nachet.

Voici le résultat de ces mensurations :

Le 30 novembre, globules rouges, 800.000 ; globules blancs, 8.000

Le 15 janvier, globules rouges, 545.000 ; globules blancs, 3.000.

A trois reprises, nous avons fait des préparations sèches de sang pour l'étude morphologique des globules. Ces préparations ont été fixées par l'alcool-éther, par l'acide chromique à 1 °/₀ ou par la chaleur. Les colorations ont été obtenues au moyen de l'hématéine, de l'éosine et de l'orangé G.

Étude des globules rouges. — Ces globules rouges sont remarquables par la grande variabilité de leur forme et de leur volume. Les globules nains y coudoient les globules géants qui atteignent presque le volume des leucocytes ; la plupart sont pâles et peu riches en hémoglobine. Le contour des globules est souvent irrégulier et déformé. Ils sont allongés, étirés, renflés en massue. On ne constate pas de vacuoles dans leur intérieur.

Les globules rouges à noyaux sont très nombreux, la plupart appartiennent au type mégaloblastique ; quelques-uns sont des normoblastes. Le noyau est souvent volumineux, occupe au moins les trois quarts de de la surface globulaire ; chez certains il est plus petit, cortical ou excentrique. Un certain nombre de ces noyaux sont en voie de division directe. Ces globules nucléés sont assez riches en hémoglobine. Leur nombre suit une marche décroissante à mesure que la maladie va s'aggravant. Dans les préparations de la première prise il y a beaucoup de globules rouges nucléés (10 à 12 pour °/₀₀), dans celles de la deuxième prise

il y en a notablement moins (5 à 6 °/₀₀), enfin dans celles de la troisième leur nombre a encore diminué (3 ou 4 °/₀₀).

Étude des globules blancs. — Le nombre n'en paraît pas accru, il n'y a pas de leucocytose. Ce qui frappe, c'est la rareté des formes polynucléaires qui atteignent à peine 20 °/₀, tandis que les mononucléaires représentent bien les 80 °/₀ des leucocytes. Les noyaux d'ailleurs se fixent mal et se colorent d'une façon diffuse. Dans aucune de nos préparations nous n'avons constaté la présence de granulations éosinophiles.

Examen anatomo-pathologique. — L'autopsie est pratiquée le 23 janvier, 24 heures après la mort. Le cadavre est en bon état de conservation, très anémique. Le thorax est ouvert, les *poumons* sont enlevés et examinés. Sur les plèvres viscérale et pariétale on note de petites hémorragies très superficielles assez larges au niveau de la base. Aux deux sommets il existe des adhérences et des lésions de tuberculose *ancienne cicatrisée* avec des tubercules fibreux et calcifiés. Tout le parenchyme des deux poumons est œdémateux; à la coupe de l'un d'eux il s'écoule une sérosité incolore, dans l'autre l'œdème est hématique.

Il n'y a pas de ganglions engorgés dans le *médiastin*. Pas de *thymus*. Le *corps thyroïde* est normal.

Le *cœur* pèse 330 grammes. Le péricarde contient environ 200 gr. d'un liquide incolore. Sur les deux feuillets se montrent des hémorragies ponctuées superficielles. Les cavités droites sont dilatées et on fait pénétrer largement trois doigts à travers l'orifice tricuspidien. Pas d'hémorragies sur l'endocarde. Rien au niveau des orifices, ni au niveau de l'endartère aortique. A la coupe du myocarde on constate des hémorragies sous-péricardiques et intra-musculaires. Le muscle est pâle, décoloré. Sur les piliers nous trouvons l'aspect bigarré de la dégénérescence graisseuse.

Dans la *cavité péritonéale* il n'y a pas de liquide. Pas d'hémorragies superficielles sur les feuillets de la séreuse.

L'*estomac* a des parois souples, sa muqueuse n'est pas atrophiée et on constate seulement à sa surface quelques suffusions sanguines disséminées. Il en est de même sur toute l'étendue du *duodénum* et de la première partie du jéjunum.

Le *gros intestin* présente extérieurement, à 20 centimètres au-dessous de la valvule de Bauhin, un volume restreint, de moitié inférieur à celui de l'intestin grêle et le conserve ainsi jusqu'à l'anus. Sous l'influence d'un courant d'eau sous pression on le voit reprendre son volume normal, sauf au niveau de l'S iliaque, en deux points seulement. La surface extérieure du côlon présente quelques marbrures noires. L'intestin est lavé, il ne contient pas de sang.

A l'ouverture du gros intestin, on constate à 20 centimètres environ au dessous de la valvule iléo-cæcale des lésions des follicules clos qui sont plus saillants, noirs; certains offrent des ulcérations cratériformes, irrégulières, peu profondes.

Ces ulcérations occupent la deuxième portion du côlon ascendant et

le côlon transverse. Aux deux points rétrécis de l'S iliaque, la muqueuse est plissée, froncée, sans présenter de lésions notables.

La *rate* est grosse, dure, rouge à la coupe, augmentée de poids (420 grammes). Sa surface de section donne nettement avec le sulfure d'ammonium la réaction brune du pigment ferrique.

Le *foie* pèse 1800 grammes. Il est assez gros, mou, de coloration jaune pâle, d'aspect graisseux. Sur sa coupe, le sulfure d'ammonium détermine une réaction colorante intense.

On ne trouve rien du côté des voies biliaires.

Les *capsules surrénales* ne présentent aucune lésion.

Le *pancréas* (120 gr.) est un peu gros, pâle.

Les *reins* sont très anémiques, décolorés. Leur capsule se laisse facilement détacher.

Examen histologique (1). — A l'autopsie, nous avons recueilli des fragments de la plupart des organes. Ces fragments ont été fixés soit par l'alcool, soit par le liquide de Müller, coupés après inclusion dans la paraffine et colorés avec l'hématéine alunée et l'éosine. Plusieurs morceaux du foie et du cœur ont été traités par l'acide osmique, pour la recherche de la dégénérescence graisseuse.

Le *foie* présente des altérations profondes, qui sont de divers ordres :

a) Au sein des lobules apparaissent des amas de forme assez irrégulière, parfois arrondie et d'étendue variable, qui tranchent par leur moindre coloration sur le tissu environnant. Ces amas correspondent le plus souvent à la coupe d'une veinule centro-lobulaire, qui en occupe la partie moyenne. A ce niveau les cellules hépatiques sont pâles, colorées en rose léger par l'éosine, diminuées de volume et déformées, présentant dans leur intérieur des vacuoles et un fin sablé de pigment noir. Leurs noyaux ont perdu leur réaction chromatique. Les travées cellulaires sont partiellement dissociées et l'architecture trabéculaire n'y est plus reconnaissable.

Entre les cellules circulent de grands capillaires remplis de globules rouges et de leucocytes. Autour de ces vaisseaux on aperçoit quelques grêles fibrilles conjonctives.

Ce sont là des îlots dont la présence avait frappé Hanot et Legry (2) qui les décrivirent comme des amas de cellules atrophiées. M. Bret (3), qui le retrouva dans le foie du cas d'anémie pernicieuse qu'il publia en 1893, nota leur siège centro-lobulaire et la coexistence d'une ectasie des vaisseaux sus-hépatiques. Il pensa que ces lésions relevaient de la gêne de la circulation en retour et constituaient un début de cirrhose cardiaque. C'est à cette opinion que, d'après la description précédente, nous devons évidemment aussi nous rattacher.

(1) Cet examen a été pratiqué au labaratoire d'histologie de la Faculté.

(2) Hanot et Legry. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse. (*Arch. gén. de méd.*, 1889.)

(3) Bret. Remarques sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de l'anémie pernicieuse, (*Prov. méd.*, 11 déc. 1897, et Soc. nation. de méd. de Lyon, 29 nov. 1897.)

b) Les espaces portes se font d'emblée remarquer par une énorme infiltration leucocytique. Il s'agit surtout de leucocytes mononucléaires. Cette infiltration est diffuse ou du moins sans systématisation apparente périvasculaire ou péribiliaire. En tout cas nous notons la présence de quelques néo-canalicules biliaires.

c) Entre ces deux zones centrale et périphérique que nous venons de décrire, le lobule apparaît avec des modifications profondes : l'architecture trabéculaire se dessine nettement, mais les travées sont séparées par des capillaires volumineux dont l'épithélium est gonflé ou desquamé, et qui contiennent de nombreux globules blancs. En certains points ceux-ci forment des amas, parfois assez volumineux pour rappeler complètement les petits nodules infectieux décrits par Gastou (1) dans le foie infecté.

Les cellules hépatiques ont gardé un noyau bien colorable, mais leur protoplasma présente des vacuoles et presque toujours un certain nombre de fines granulations noires.

Sur les fragments de foie traités par l'acide osmique on note dans la plupart de cellules hépatiques de grosses granulations noires qui révèlent la dégénérescence graisseuse de l'organe et qui sont bien distinctes du fin pigment ferrique. Celui-ci apparaît surtout nettement dans les préparations fixées par l'alcool et soumises pendant quelques minutes à l'action du sulfure d'ammonium.

Nous n'avons pas obtenu, avec le violet de méthyle, la réaction caractéristique de la dégénérescence amyloïde.

La *rate* offre peu de lésions. Néanmoins on y remarque :

a) D'abord que les globules rouges qu'elle contient sont très altérés ; beaucoup sont détruits (et cela sur les préparations fixées par le liquide de Müller). C'est là un fait qui est évidemment bien en rapport avec la grande altérabilité des hématies au cours de l'anémie pernicieuse.

b) Les corpuscules de Malpighi paraissent atrophiés ou raréfiés, et pour la plupart ne ressortent pas sur le tissu réticulé ambiant.

Les préparations traitées par le sulfhydrate d'ammoniaque donnent une réaction ferrique directe.

Le *pancréas* n'offre pas d'altérations notables, les lésions cellulaires étant appréciables dans les conditions où l'examen est pratique. Signalons pourtant l'absence de pigment ferrique.

Nous n'avons, non plus, rien trouvé à remarquer dans l'examen des coupes d'un *ganglion lymphatique* axillaire légèrement hypertrophié.

Les *capsules surrénales* présentent dans leur substance corticale un certain degré de sclérose jeune. En outre, tant au niveau de la zone glomérulaire que de la zone réticulaire, un certain nombre de cellules épithéliales paraissent altérées avec formation de vacuoles dans leur intérieur.

Les *reins* offrent des lésions manifestes, portant soit sur leurs épithélium, soit sur leur tissu conjonctif.

Les tubuli ont une lumière élargie, contenant des débris granuleux,

(1) Gastou. *Le foie infectieux.* Thèse de Paris, 1893.

et sont tapissés par un épithélium bas dont les noyaux se colorent d'ailleurs assez bien. Il en est de même des tubes de Henle. Mais il est assez difficile de faire à ce point de vue la part des lésions cadavériques. Dans les voies d'excrétion on trouve quelques rares et gros cylindres hyalins. Nous n'avons pu déceler de traces de pigment ferrique.

Les lésions interstitielles sont manifestes. Les tubes sont séparés par un tissu conjonctif lâche assez jeune, riche en leucocytes. En certains points il existe même de véritables foyers de leucocytose. Ceux-ci sont surtout abondants et volumineux au voisinage des vaisseaux. Les glomérules sont rétractés, présentant une sclérose marquée.

Pas de dégénérescence amyloïde.

Intestin : Nous avons pratiqué des coupes au niveau d'une des ulcérations du gros intestin. Celle-ci apparaît, à l'examen microscopique, très nette, bordée de chaque côté par la muqueuse. Sur ses bords s'arrête la muscularis mucosæ. Cette ulcération, peu profonde, a son fond constitué par la sous-muqueuse épaissie au sein de laquelle est une abondante infiltration de leucocytes. Les vaisseaux y sont nombreux et ne paraissent pas altérés. On ne trouve ni cellules géantes, ni formations quelconques rappelant un tubercule. Il s'agit *en somme* d'une ulcération *banale.*

Cœur : Le myocarde nous offre des altérations analogues à celles décrites par Bret (1).

Ces altérations siègent uniquement sur la fibre musculaire.

Sur les préparations obtenues après fixation par le liquide de Müller osmiqué, on constate superficiellement un épaississement de la couche graisseuse sous-péricardique. En outre, on trouve dans un assez grand nombre de fibres quelques grains colorés en noir sous l'influence de l'acide osmique. Il y a donc dans ce myocarde un certain degré, d'ailleurs assez faible, de dégénérescence graisseuse.

Mais il existe d'autres lésions plus importantes, qui apparaissent surtout nettement sur les coupes des piliers.

Les noyaux des fibres musculaires sont très volumineux, irréguliers, déformés, parfois d'aspect mûriforme.

L'atrophie hyperplasmique se montre bien visible avec l'augmentation de l'aire périnucléaire de protoplasma nutritif et séparation nette des fibrilles contractiles, ce qui donne sur les coupes parallèles à la direction de la fibre une exagération de la striation longitudinale

Un grand nombre de fibres contiennent des vacuoles ordinairement volumineuses.

En somme, ce myocarde est frappé de profondes lésions parenchymateuses.

Moelle osseuse : A l'autopsie, nous avons prélevé un peu de moelle osseuse rouge que nous avons traitée de la même façon que les globules sanguins. On note dans nos préparations une assez grande quantité de cellules hémoglobinifères de grandes dimensions pourvues d'un noyau

(1) Bret. Société nationale de médecine de Lyon, 29 nov. 1897, et *Province médicale*, 1897.)

et bien plus grandes qu'aucun des globules rouges nucléés, trouvés dans le sang circulant. On y trouve en outre quelques globules rouges ordinaires et un grand nombre de leucocytes. Il n'y a pas de cellules éosinophiles.

L'observation que nous venons de rapporter rentre certainement dans le cadre de la maladie de Biermer. L'existence de cicatrices tuberculeuses au sommet des poumons, que nous révélait l'examen clinique et que confirmaient les constatations nécropsiques, ne sauraient la faire rejeter dans le groupe des anémies extrêmes symptomatiques; les phénomènes pulmonaires étaient assez effacés pendant la vie du sujet pour ne pas permettre de mettre en doute la validité du diagnostic : anémie pernicieuse. Le malade disait avoir toussé dans les premiers jours de son affection, mais il n'avait jamais présenté d'expectoratian notable, jamais d'expectoration sanglante, et, pendant les deux mois qu'il fut soumis à notre observation, les lésions pulmonaires anciennes et discrètes, que révélait une auscultation soigneuse, restèrent muettes. Les constatations que nous permit l'autopsie ne sont point venues infirmer le diagnostic clinique; les lésions des sommets, anciennes et peu étendues, étaient nettement fibreuses, cicatrisées, et, d'autre part, l'examen histologique des organes ne nous a révélé aucune trace d'un processus tuberculeux. Les ulcérations intestinales qui auraient pu motiver les doutes les mieux fondés sont certainement des ulcérations banales. Bref, il s'agit donc bien d'une anémie pernicieuse, c'est-à-dire d'une anémie extrême ne relevant ni de la tuberculose, ni du cancer, ni d'une lésion spécifique quelconque, ni d'une infection ou d'une intoxication connue.

Au point de vue clinique, cette observation ne se fait remarquer par aucune particularité digne d'attirer et de retenir l'attention : c'est le tableau et la marche classiques du syndrome de Biermer.

Nous ne voulons pas non plus revenir sur les résultats des examens hématologiques rapportés plus haut. Nous signalerons pourtant que, conformément aux constatations de Hayem et à celles de Gilbert, et de son élève Grillon (1), le

(1) Grillon. Les leucocytes dans la chlorose et dans l'anémie pernicieuse progressive. (*Thèse de Paris*, 1899.)

chiffre des globules blancs était diminué. Cette leucopénie s'est accentuée progressivement, la dernière numération ne donnait que 3.000 globules blancs par millimètre cube de sang. En outre, l'équilibre leucocytaire était rompu en faveur des mononucléaires. Ce serait là d'ailleurs, d'après Gilbert et Grillon, le cas le plus fréquent au cours de l'anémie pernicieuse progressive.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'existence des lésions intestinales et la nature des altérations histologiques du foie. Dans le gros intestin, nous avons en effet trouvé des ulcérations nombreuses en voie d'évolution; mais à côté de celles-ci il en était d'anciennes et de cicatrisées, en particulier au niveau de l'S iliaque du côlon qui présentait en deux points un rétrécissement permanent. Ces ulcérations, ainsi que nous l'avons déjà dit, n'offrent aucun caractère spécifique.

D'autre part, l'étude soigneuse du foie nous a révélé, en dehors des altérations de stase centro-lobulaire, en dehors de la dégénérescence graisseuse et de la surcharge pigmentaire, l'existence de lésions nettement inflammatoires. Les espaces portes sont infiltrés de leucocytes, les lobules sont fortement congestionnés et, dans l'intérieur des capillaires dilatés, on trouve aussi de nombreux globules blancs. En certains points existent même de véritables petits nodules infectieux. Bref, il s'agit évidemment d'un processus inflammatoire et d'un processus d'origine intestinale, puisque, d'une part, il débute et atteint son maximum dans les espaces portes autour des vaisseaux et des canalicules biliaires, et que, d'autre part, on trouve son point d'origine dans les lésions ulcératives du gros intestin.

Ces manifestations histologiques d'un processus inflammatoire, dans le foie de l'anémie pernicieuse, n'ont pas échappé aux observateurs. Planchard (1), dans sa thèse, signale la dilatation des vaisseaux intra-lobulaires et l'infiltration leucocytique dans le lobule et les espaces portes. Mais Hanot et Legry (2) publient, en 1889, une observation

(1) Planchard. De l'anémie dite pernicieuse progressive. (*Thèse de Paris*, 1888.)

(2) Hanot et Legry. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive. (*Arch. gén. de méd.*, 1889.)

où ils notent l'absence de tout travail irritatif dans le tissu conjonctif du foie, l'absence de lésions des capillaires, de dilatation des espaces intertrabéculaires et d'accumulation des éléments sanguins.

En 1897, M. Bret (1), étudiant le foie d'une anémie pernicieuse progressive qu'il avait observée dans le service de M. le professeur Bondet, est frappé par l'existence d'altérations de nature irritative « localisées surtout dans les plus larges prolongements glissoniens sous forme d'angiocholite et de périangiocholite ». Il attribue nettement à cette lésion une origine intestinale, mais sans pouvoir préciser dans son cas le point d'entrée de l'agent causal toxi-infectant.

Dans la maladie de Biermer on peut donc trouver, au niveau du foie, des altérations qui dénotent un travail irritatif ou inflammatoire, dont le point de départ est probablement dans une infection ou une auto-intoxication gastro-intestinale. La glande hépatique est atteinte, soit par la voie de la circulation porte, soit par celle de ses canaux excréteurs.

Mais cette toxi-infection, d'origine gastro-intestinale, est-elle simplement un fait secondaire, contingent, ou bien joue-t-elle un rôle dans la genèse de l'anémie pernicieuse? C'est là une question qui n'est point encore résolue, mais qu'un certain nombre de recherches récentes semblent devoir trancher par l'affirmative.

En 1887, Sandoz (2) a le premier l'idée de rattacher l'anémie pernicieuse à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Dès la même année, Hunter (3) entreprend une série de travaux à ce sujet, travaux qui le conduisent à la conception suivante : il existe dans le foie de la maladie de Biermer une grande quantité de granulations ferrugineuses ; ces granulations proviennent de la destruction des hématies dans le système porte sous l'influence d'un poison d'origine

(1) Bret. *Loco citato* et Gaudin. Considérations sur l'anatomie pathologique et l'étiologie de l'anémie pernicieuse progressive. (*Thèse de Lyon*, 1897-98.)

(2) Sandoz. Beitrag zur Pathologie und Therap. der perniciœse anemie (*Corresp. Blatt*, 1887.)

(3) Hunter. *Trans. med. chirurg. Soc. Edimbourg*, 1887. — *Lancet*, 1888. — *London Harveian Society*, mars 1893. — *British medical Journal*, 1896.

gastro-intestinale, poison dont le mode d'action est analogue à celui de la toluylendiamine ; cet agent destructeur des globules rouges serait probablement constitué par les toxines de microorganismes du tube digestif non encore déterminés mais spécifiques.

Plus récemment encore, Adami (1) accuse lui aussi l'infection ou la toxi-infection intestinale de produire l'anémie pernicieuse, de même qu'elle détermine l'hémochromatose que traduit le diabète bronzé.

Cette hypothèse de l'origine toxi-infectieuse et intestinale de la maladie de Biermer cadrerait bien, si elle devenait définive, avec un certain nombre de faits d'observation courante et d'ordre étiologique, clinique et anatomo-pathologique.

Elle expliquerait l'importance causale d'un certain nombre de facteurs d'ordre banal et depuis longtemps invoqués, tels que la mauvaise alimentation ou l'ingestion d'aliments de mauvaise qualité. Elle permettrait de comprendre l'influence des antécédents gastro-intestinaux : diarrhées chroniques, dyspepsies graves, fièvre typhoïde, etc. Elle éclairerait le mode d'action des parasites intestinaux (botriocéphale, ankylostome) dans la détermination de certains types d'anémie grave, de même que celui des lésions, spécifiques ou non, du tube digestif dans la genèse des anémies extrêmes (cancers, ulcères, etc.). Elle ferait rentrer dans le sein de la maladie de Biermer l'anémie pernicieuse des femmes enceintes que Plicot (2), sous l'inspiration de M. le professeur Pinard, rangeait dans le cadre des manifestations de l'auto-intoxication gravidique.

Cliniquement, cette hypothèse fixerait la signification de quelques-uns des symptômes communs de l'anémie pernicieuse : la diarrhée si fréquente et si souvent notée au début, la fièvre, l'hypertrophie de la rate.

Enfin, au point de vue anatomo-pathologique, elle serait en rapport avec l'importance, la fréquence et d'ailleurs la diversité des lésions observées du côté du tractus gastro-

(1) Adami. *Journ. of. American Association*, 16 et 23 décembre 1899. Travail résumé dans la *Revue générale de Pathologie interne* du 5 mars 1900.

(2) Plicot. Contribution à l'étude de la pathogénie et du diagnostic de l'anémie pernicieuse progressive. (*Thèse de Paris*, 1895.)

intestinal : lésions atrophiques ou congestives, hémorragies, engorgement des ganglions mésentériques, etc.

La toxi-infection gastro-intestinale, dans la genèse de la maladie de Biermer, reste encore néanmoins une simple hypothèse, hypothèse d'ailleurs séduisante et ingénieuse qui cadre bien avec un certain nombre de faits ; et sans vouloir en aucune façon trancher en sa faveur, il nous a simplement paru intéressant de la rappeler à propos de notre observation, dont les lésions intestinales et hépatiques, spécifiques ou contingentes, constituent le principal intérêt.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHARMACODYNAMIQUE DE CERTAINS PRODUITS SALICYLÉS : SALICYLATE DE MÉTHYLE SODÉ ET SALICYLATE DE MÉTHYLE.

Par MM. P. Chatin et L. Guinard

(*Travail du Laboratoire de thérapeutique de l'Université de Lyon de M. le Prof. Soulier.*)

Fin. — (Voir les nos 31 et 32.)

1° *Action sur l'appareil cardio-vasculaire.* — L'action sur la pression vasculaire est peu marquée et passagère. Elle se manifeste par une élévation modérée qui se produit au moment des injections intra-veineuses et disparaît assez vite. Quand les injections veineuses sont remplacées par des injections sous-cutanées, l'élévation n'a pas lieu. L'augmentation de tension s'accompagne le plus souvent d'une accélération concomitante du pouls.

Parfois, vers la fin de l'expérience, il survient un abaissement de pression avec accélération progressive du pouls. Mais cet abaissement est toujours peu marqué. Dans une seule expérience (exp. n° XVI), les injections ont été suivies d'hypotension brusque avec accélération du pouls, et cela dès les premières doses injectées ; la pression se relevait d'autant assez vite après. Nous avons l'explication de cette anomalie par l'autopsie qui nous a révélé une endocardite ancienne très marquée.

A quoi devons-nous attribuer l'effet passager de cette élévation de tension sanguine ? Il est peu probable qu'il soit

du à des phénomènes vasculaires périphériques (vaso-constriction) : les effets vaso-dilatateurs du salicylate sont connus. Nous avons constaté nous-mêmes ces effets et les congestions viscérales multiples, les hypersécrétions généralisées en seraient encore une nouvelle preuve. — L'action hypertensive doit donc être regardée comme due à l'augmentation de l'activité cardiaque : c'est d'ailleurs ce qu'indiquent les tracés où nous voyons, en même temps que la pression manométrique est augmentée, les systoles cardiaques s'inscrire par des courbes plus élevées et plus rapprochées. Cette action cardiaque doit-elle être considérée comme propre au médicament? nous ne le croyons pas. En effet, l'injection hypodermique ne nous a pas donné de semblables modifications des tracés et nous pensons plutôt à une action de contact du médicament sur l'endartère et sur l'endocarde. L'effet d'hypertension en question est tout à fait passager et ne croît pas avec les doses toxiques du médicament, puisqu'au contraire, vers la fin de l'expérience, on voit survenir de l'hypotension avec les phénomènes toxiques terminaux.

Les effets sur le cœur lui-même qui nous sont donnés, soit par les tracés cardiographiques, soit par les tracés sphygmographiques, ont peut-être plus d'intérêt.

En effet, outre l'accélération passagère qui s'accompagne d'une augmentation d'énergie des systoles immédiatement après les injections veineuses, on peut voir survenir un phénomène particulier qui semble indépendant de la voie d'introduction, puisque dans l'expérience II nous le trouvons aussi marqué que dans les autres expériences, alors que l'animal avait reçu en injection sous-cutanée le salicylate de méthyle sodé ; ce phénomène, c'est le rythme bigéminé et trigéminé du pouls.

A propos des modifications du rythme cardiaque, rappelons, pour préciser la nature des faits observés par nous, qu'on peut constater dans toutes les expériences de physiologie pratiquées sur le cœur et les vaisseaux des altérations du rythme qui sont les suivantes :

Sur un tracé cardiaque une contraction peut manquer d'une façon absolue entre deux contractions égales d'intensité et également distantes. Le tracé du pouls reproduit alors fidè-

lement le même caractère. C'est là l'accident qui porte le nom d'intermittence vraie.

A côté de cette intermittence vraie on peut avoir ce qu'on appelle la fausse intermittence. Dans ce cas, le tracé cardiaque indique des contractions au cœur, mais le tracé du pouls ne présente qu'une seule pulsation correspondant à deux contractions du cœur. Il semble que la seconde systole cardiaque n'ait pas la force de se faire sentir jusqu'au pouls, soit qu'elle manque d'énergie, soit que, trop rapprochée de la systole précédente, elle se produise à vide. Ce sont de semblables systoles que les physiologistes décrivent sous le nom de *systoles avortées*, *insuffisantes*, *inefficaces*, *stériles*, *arrondies* (ce dernier terme étant tiré de la forme des tracés). Le tracé du cœur comporte donc des systoles couplées dont une forte et une faible suivant immédiatement la forte sans intervalle, tandis qu'au contraire l'intervalle qui sépare la systole avortée de la suivante semble augmenté. Le tracé du pouls présente des pulsations en nombre égal aux systoles vraies et leur correspondant, mais aucun accident correspondant à la systole avortée. C'est ce qu'on appelle la fausse intermittence. Le pouls, dans ce cas-là, peut paraître lent avec un cœur qui bat relativement vite. C'est ce que les cliniciens appellent *le pouls lent arythmique avec rythme couplé du cœur*.

Il y a des cas intermédiaires, c'est-à-dire des cas où la systole avortée se traduit par un accident léger, mais encore sensible sur la courbe du pouls. Il y a alors rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé inégal.

Enfin, il y a des cas où le tracé cardiaque et le tracé du pouls présentent l'aspect du rythme bigéminé ou trigéminé. Mais alors, contrairement aux cas précédents, les systoles, de même que les pulsations, paraissent égales, mais seulement un peu plus rapprochées dans chaque couple ou chaque groupe de trois, tandis que chacun des groupes, au contraire, paraît placé entre deux intervalles plus espacés.

Que doit-on penser de cette forme particulière du rythme cardiaque ? Doit-on la rapprocher des intermittences vraies en supposant une intermittence vraie régulière toutes les trois ou quatre systoles ? Mais l'intervalle semble moins grand que celui qui correspondrait à une intermittence vraie.

Doit-on au contraire la rapprocher des fausses intermittences avec systole avortée. — La question n'est pas résolue. Expérimentalement et dans la même expérience on peut voir se succéder ou se remplacer toutes les formes d'arythmie diverses. Les actions directes sur le cœur, sur son appareil nerveux et sur les vaisseaux périphériques peuvent également les produire. Il semble cependant que les intermittences vraies dépendent plus spécialement d'un trouble portant sur le système nerveux extra-cardiaque, sur l'appareil inhibiteur notamment. Quant aux systoles avortées, les actions diverses portant sur l'appareil nerveux du cœur peuvent bien les produire ; mais ce sont surtout les excitations directes du myocarde, électriques ou mécaniques, qui en donnent les plus beaux exemples. MM. Rodet et Nicolas, à propos des piqûres du cœur, ont même attiré l'attention sur ce fait, que le cardiographe de Laulanié, dont la pointe est en contact direct avec le myocarde, donne fréquemment des tracés présentant cet accident. Nous reviendrons sur ce fait à propos de l'interprétation de nos tracés. Quant au rythme bi ou trigéminé, il peut être produit par des actions périphériques. C'est du moins l'interprétation qu'en donnent Traube et Knoll. Cyon (1), par contre, propose une explication différente. Il considère le pouls bigéminé comme composé de deux pulsations : la première est due, dit-il, à la prédominance du pneumogastrique ; la deuxième à celle des nerfs accélérateurs. Il y voit donc un accident et un désaccord dans l'innervation des deux antagonistes, et il en donne la preuve expérimentale. Quoi qu'il en soit de toutes ces théories, nous croyons que, en dehors d'une analyse physiologique précise pour chaque cas particulier, il est impossible, en face d'un accident donné sur un tracé, de lui attribuer une origine nerveuse cardiaque ou vasculaire. Les expériences faites d'ailleurs avec la digitaline et qui nous montrent toutes les variétés d'arithmie indiquées ci-dessus, ont montré d'après les recherches de F. Franck, que le poison en question avait une triple action à la fois sur l'appareil vasculaire périphérique, sur l'appareil nerveux du cœur, et sur la fibre cardiaque elle-même.

Tout ce que nous pouvons dire comme interprétation de

(1) Article Cœur du *Dictionnaire de physiologie* de Richet.

nos tracés, c'est qu'à doses faibles et moyennes, les produits salicylés étudiés par nous n'ont qu'une faible action sur le cœur et les vaisseaux. A dose toxique seulement ils agissent sur l'appareil cardio-vasculaire en produisant le rythme bigéminé ou trigéminé, et parfois le rythme couplé du cœur avec systoles avortées et n'arrivant pas jusqu'au pouls. Nous faisons une réserve en ce qui concerne l'emploi de l'appareil Laulanié. Les plus beaux tracés de systoles avortées nous ont été donnés par cet appareil qui peut produire directement par action mécanique l'accident en question. Remarquons cependant que dans nos tracés il n'y a pas de systole avortée enregistrée avant les injections, et les systoles deviennent d'autant plus nombreuses que les injections se répètent et que les phénomènes d'intoxication s'accentuent. Il semble donc bien exister un rapport direct entre l'effet supposé et la cause. Tout au plus pourrait-on nous objecter que, par suite d'une gêne dans la circulation périphérique, le cœur se vide moins bien et vient plus facilement buter contre l'aiguille, son volume étant augmenté en même temps que l'énergie de ses contractions est accrue. Mais la lecture de la courbe de pression ne permet pas de s'arrêter à cette idée d'un obstacle important à la circulation périphérique. Si donc le cœur plus instable réagit mieux à l'excitation de l'aiguille, c'est donc bien à l'introduction du médicament dans le torrent circulatoire qu'il le doit.

Les produits salicylés étudiés à dose toxique ont donc une action sur le rythme cardiaque.

Quant à l'arrêt du cœur, nous avons noté dans toutes nos expériences qu'il se produisait toujours après l'arrêt de la respiration.

Ajoutons enfin, pour terminer le chapitre des actions sur le cœur, que, chez un chien âgé, atteint d'endocardite, nous avons noté au point de vue de la pression des effets inverses de ceux obtenus chez l'animal sain, c'est-à-dire une chute brusque de la pression après chaque injection au lieu d'une élévation de ceux-ci et des phénomènes toxiques rapidement plus graves.

2° *Action sur l'appareil respiratoire.* — Les appareils enregistreurs nous ont révélé, chez tous les animaux en expé-

rience, un symptôme constant : la dyspnée. Cette dyspnée consiste en une accélération du rythme respiratoire qui semble augmenter en général avec le degré d'intoxication, l'animal finissant toujours par succomber par arrêt de la respiration avant que le cœur lui-même ne s'arrête. Cette tachypnée cependant, n'est pas, depuis le début de l'expérience jusqu'à la fin, accélérée d'une façon progressive et constante. Il y a, dans l'intervalle de deux injections, c'est-à-dire sous l'influence d'une même dose toxique, des variations de vitesse telles, que d'une minute à l'autre le nombre des respirations peut aller du simple au double et réciproquement; jamais nous n'avons constaté le rythme de Scheynes-Stokes. On peut donc dire que le résultat général semble être une tachypnée instable et variable, les doses toxiques amenant toujours une tachypnée très intense avec arrêt final de la respiration avant le cœur.

Notons enfin, comme un rapport probablement très direct avec ces phénomènes dyspnéiques, le fait que toutes les autopsies nous ont révélé d'une façon constante, de l'œdème pulmonaire particulièrement marqué quand les animaux étaient tués par injection intra-veineuse.

3° *Effets produits sur les autres appareils.* — A côté de l'action des produits salicylés sur l'appareil cardio-pulmonaire, que nous tenions plus spécialement à étudier, nous avons noté, dans nos expériences, d'autres effets d'un certain intérêt.

En première ligne, et comme se rattachant très probablement à des phénomènes circulatoires, nous avons noté dans presque toutes nos expériences une hypersécrétion générale : salivation intense, écoulement d'un mucus nasal abondant, hypersécrétion bronchique et même hypersécrétion stomacale (dans une de nos expériences, un chien vomissait un liquide clair de plus en plus abondant à chaque vomissement.) Y a-t-il là un effet direct sur les sécrétions glandulaires ou un effet dû à la vaso-dilatation générale. Ce qui fait pencher pour cette interprétation, c'est d'abord le fait que les effets vaso-dilatateurs ont été constatés par nous sur l'oreille du lapin et que l'état de congestion de tous les viscères constaté dans les autopsies plaide encore dans ce

sens. En effet, à la suite des injections veineuses, nous avons trouvé constamment de la congestion et de l'œdème des poumons des plus marqués, de la congestion intense de tout le tractus digestif et des glandes annexes, foie, rate, pancréas. Enfin, les reins présentaient également de la congestion et, dans trois expériences, on note des hématuries.

Ces effets vaso-dilatateurs sur le rein avaient été notés déjà avec l'acide salicylique et le salicylate de soude. Récemment encore, Bordier et Frenkel (1) enregistraient les courbes préthysmographiques produites par la congestion rénale obtenue avec le salicylate de soude.

Ces troubles circulatoires sont peut-être la clef de la plupart des actions physiologiques que nous avons encore à signaler.

Du côté du tube digestif, nous avons noté des vomissements fréquents et répétés, et cela quelle que soit la porte d'entrée du médicament : tissu cellulaire, péritoine ou circulation veineuse. Le liquide stomacal vomi, dans un cas d'injections sous-cutanées, ne contenait pas d'acide salicylique. Nous n'avons jamais noté la diarrhée.

Le foie, dans les cas d'injections veineuses, était toujours congestionné à l'autopsie. Nous avons noté l'élimination du médicament par la bile. L'élimination est peu abondante par la salive, malgré l'abondance de la salivation.

Le rein enfin, outre la congestion déjà citée, ne nous a pas paru présenter d'autres phénomènes dignes d'intérêt. Nous n'avons pas fait de mensuration volumétrique il est vrai, mais l'action sur la diurèse ne nous a pas paru notable. La réaction de l'acide salicylique a toujours été trouvée dans l'urine. Dans trois de nos expériences avec le salicylate de méthyle sodé, nous avons observé des hématuries.

Les voies d'éliminations étant connues, disons un mot relatif à l'absorption. Celle-ci, dans le péritoine et dans le tissu cellulaire paraît se faire lentement, d'où l'innocuité relative de ces voies d'introduction. En effet, dans plusieurs de nos autopsies, nous avons retrouvé, en nature, le liquide, soit dans la cavité péritonéale, soit dans le tissu cellulaire.

Sur le système nerveux nous avons noté les actions suivantes :

(1) Bordier et Frenkel.

L'injection sous-cutanée ou péritonéale ne paraît pas douloureuse. Les modifications de la sensibilité sont peu marquées, sauf dans une de nos observations où, quelques minutes avant la mort, on nota une anesthésie complète.

Les effets sur le système nerveux moteur sont, au contraire, des plus marqués : à dose toxique, les produits salicylés étudiés ont une action convulsive des plus nettes. Les phénomènes convulsifs sont, on peut le dire, constants par injection intra-veineuse, chez le chien et chez le lapin ; il se produisent encore par iujection péritonéale chez les mêmes animaux, mais plus rarement et plus difficilement ; enfin, ils sont rares ou nuls par injection sous-cutanée. Il y a donc là un effet qui dépend non de la dose toxique, mais de la voie d'introduction. Ces phénomènes convulsifs se manifestent sous forme de simple tremblement généralisé, analogue au tremblement général d'un frisson, ou bien par des mouvements cloniques de grande amplitude simulant une véritable chorée rythmique ou, enfin, par de véritables crises tétaniformes.

Reste enfin la question de l'influence des préparations salicylées sur la température ; c'est là une question qui touche de très près à la précédente. En effet, nous n'avons jamais constaté d'élévation de température, mais allant alors jusqu'à 40° ou 41°, que dans les cas s'accompagnant de phénomènes convulsifs. Dans les autres cas nous n'avons noté ni abaissement ni élévation de la courbe thermométrique.

Tels sont les différents effets physiologiques obtenus avec le salicylate de méthyle pur et sodé.

Si nous comparons ces effets avec l'action pharmacodynamique déjà étudiée de l'acide salicylique et des salicylates de soude, nous n'avons que de bien petites différences à noter. De fait il est admis qu'injecté dans le sang, le salicylate de méthyle se transforme rapidement en salicylate de soude : c'est du moins ce que la chimie montre. On sait néanmoins les différences pharmacodynamiques qui séparent l'iodure de sodium de l'iodure de potassium, quoique l'injection de ce dernier aboutisse également à un iodure de sodium. Quelles différences physiologiques énormes existent encore entre l'oxygène inoffensif à dose massive en injection péri-

tonéale et l'eau oxygénée pouvant donner des phénomènes toxiques intenses même à petites doses (1). Il fallait donc s'assurer si le salicylate de méthyle pouvait être comparé de tous points comme action physiologique aux autres produits salicylés. C'est ce que nous avons fait.

Sur le cœur et les vaisseaux, les phénomènes notés par Oltramare (2) dans le laboratoire de Chauveau à l'aide d'expériences sur les grands animaux se rapprochent beaucoup des nôtres, sauf que nous avons toujours vu l'arrêt du cœur suivre souvent de plusieurs minutes l'arrêt de la respiration.

Nous n'avons jamais observé de bradycardie. On sait qu'au début de l'emploi du salicylate les cliniciens avaient constaté ce phénomène. Il est probable que cette manifestation accompagnait l'abaissement de température obtenu par le médicament, dans le rhumatisme articulaire aigu.

Les phénomènes de tachypnée, avec les caractères particuliers que nous avons décrits, avaient été obtenus avec le salicylate de soude, et Blanchier y insiste avec raison.

Il en est de même des actions vaso-dilatatrices avec congestions multiples de tous les organes et hypersécrétions.

Quant aux phénomènes nerveux, nous n'avons pas observé une action aussi marquée que Laborde, mais les phénomènes convulsifs avaient été notés déjà avec les doses toxiques de salicylate de soude.

Reste l'influence sur la température. En face de l'abaissement du thermomètre obtenu par la thérapeutique humaine, on s'est étonné de n'avoir pas de chute de la température et même d'avoir parfois des élévations assez marquées. On a parlé de « effet contraire » du médicament et comparé ces faits à la fièvre quinique. Nous croyons qu'il faut rattacher uniquement aux phénomènes convulsifs les modifications observées dans la courbe thermométrique.

Nous pouvons donc conclure, au point de vue pharmacodynamique, à une action analogue des diverses préparations salicylées, et nous serons autorisés d'autant plus à employer le salicylate de méthyle quand il sera indiqué que nous pourrons compter sur les mêmes effets qu'avec le salicylate de soude.

(1) Thèse de Michaux. Lyon, 1900.
(2) Oltramare : Soc. biol., 1879, p. 192.



Chez l'animal les réactions aux deux médicaments sont donc à peu près les mêmes. Quelques observations d'intoxication chez l'homme, avec le salicylate de soude, nous permettent de conclure que les symptômes observés se rapprochent assez du tableau de l'intoxication par le salicylate de méthyle que nous avons produit chez les animaux. Les phénomènes congestifs généraux ont été observés dans ces cas-là de même que les accidents convulsifs. Il y a à noter en plus les phénomènes psychologiques toujours observés dans les intoxications chez l'homme.

Comme conclusions pratiques de notre étude expérimentale, nous pouvons exprimer les propositions suivantes :

Le salicylate de méthyle sodé et le salicylate de méthyle nous paraissent présenter toutes les propriétés physiologiques du salicylate de soude.

Ces produits n'ont une action sur l'appareil cardio-vasculaire chez les animaux qu'à doses toxiques.

Il y a une restriction à faire pour les animaux atteints d'endocardite. Cette considération doit engager à la prudence, quand on traite un malade atteint d'endocardite récente ou ancienne.

Les phénomènes congestifs du côté du poumon n'ont été produits qu'à dose toxique et par injection veineuse surtout. Il en est de même des accidents du côté du système nerveux.

L'existence de congestions pulmonaires antérieures ou de tare nerveuse antécédente devront donc être notées, et au besoin on en tiendra compte dans une certaine mesure dans le maniement du médicament.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 11 juillet 1900. — Présidence de M. Vallas.

TÉTANOS TRAUMATIQUE SUBAIGU ; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE BACCELLI ; GUÉRISON.

M. Xavier Delore, chef de clinique chirurgicale, présente une jeune fille de 21 ans guérie d'un tétanos consécutif à une plaie par arme à feu, après avoir subi rigoureu-

sement la méthode de Baccelli dans le service de M. le Prof. Poncet.

Cette malade avait été atteinte le 1er mai 1900, au niveau de la partie supéro-externe de la cuisse gauche, d'une décharge de pistolet destinée à foudroyer les taupes dans leurs galeries souterraines. Cet instrument contenait ainsi probablement de la terre, en dehors de la poudre, du plomb n° 8, et du papier constituant une bourre primitive. Malgré une plaie profonde, elle continue ses occupations avec un pansement insuffisant.

Huit jours après apparut une contracture du membre inférieur traumatisé, et presque aussitôt fut remarqué un léger trismus. Un médecin constate alors un certain degré d'opisthotonos ou plutôt d'orthotonos passager, coïncidant avec les excitations extérieures, le bruit, les mouvements, etc., et s'accompagnant de convulsions d'une durée de 10 à 15 minutes, et trois à quatre fois dans les 24 heures.

Cette situation persiste pendant huit jours. Le traitement consista dans l'ingestion de 4 grammes de chloral par jour.

Le 17 mai, au moment de l'entrée à l'Hôtel-Dieu, on constatait nettement du trismus, une contracture généralisée du membre inférieur gauche, un léger degré de raideur du tronc. Jamais on ne retrouva de convulsions.

La région qui avait été atteinte par la décharge présentait un orifice, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, par lequel s'écoulaient du pus, des débris de papier et de vêtement. A son pourtour, on notait des signes d'inflammation. Si l'on appuyait en ce point, on sentait que dans la profondeur il existait une cavité contenant des gaz, du pus, des tissus plus ou moins mortifiés. La température était de 38°,5.

Le diagnostic de tétanos était certain, mais avec une marche subaiguë; les phénomènes locaux attirent l'attention, l'état général restait bon.

Un débridement de la plaie permit la désinfection du foyer traumatique; on en retira des plombs n° 8 à 10 en grande quantité, du papier. Ce dernier fut ensemencé par M. Louis Dor, qui put cultiver de superbes colonies de *bacilles de Nicolaïer*.

M. Poncet institua le traitement de Baccelli, suivant l'avis de M. Courmont. Toutes les quatre heures, injections intramusculaires de 2 centimètres cubes d'une solution : acide phénique, 1 gr. ; eau distillée, 50 gr. La dose d'acide phénique, injectée par 24 heures, s'élevait ainsi à 0,30 centigr. La malade ingérait, en outre, 6 grammes de chloral. Elle fut mise au repos, comme à l'ordinaire.

Ce traitement fut continué rigoureusement jusqu'au 9 juin. La température oscillait entre 39° et 37°,5. Le trismus diminuait peu à peu ; on retrouvait toujours très accentuée la contracture du membre inférieur. Le 9 juin, on vit une éruption scarlatiniforme intense et généralisée. La suppression du chloral n'eut aucun effet. Elle ne disparut qu'après la suppression des injections le 14 juin.

Actuellement, la guérison de ce tétanos est complète. Il s'était comporté à la façon du tétanos expérimental, débutant et restant toujours plus accentué sur le membre atteint. Le trismus représenta, pendant fort longtemps, le seul signe d'invasion de l'organisme. Le traitement de Baccelli a probablement contribué à cette guérison, qui s'explique encore par le peu d'intensité des phénomènes généraux. La fièvre est un indice de gravité : tout tétanos dépassant 38° à 38°,5 pouvant être considéré comme fatal. Il est vrai que dans ce cas particulier l'infection d'un vaste foyer anfractueux enlevait à la température une certaine partie de sa valeur dans l'appréciation du pronostic.

Le traitement de Baccelli a donné d'excellents résultats aux chirurgiens italiens, Bidder, Cimbali, Becker, Tricola, etc.

M. Pic. Ainsi que l'a fait remarquer M. Delore, l'élévation de la température n'est pas un signe de pronostic absolument fatal dans le tétanos. Il y a lieu de faire quelques réserves. L'absence de contractures généralisées, pendant la plus grande partie de l'évolution de ce cas, est en faveur de la bénignité.

J'ai eu l'occasion d'appliquer déjà le traitement de Baccelli deux fois. Il y a un an, l'un de mes malades, tétanique, avec une température de 38°,5, n'ayant pas de contracture généralisée, paraissait s'aggraver, bien qu'on lui administrât 12 grammes de chloral, par la bouche ou le rectum. La température atteignait près de 39°, et le pronostic était très réservé, quand j'instituais le traitement de Baccelli. La guérison était complète au bout de huit jours. Ce cas était douteux dans l'échelle de gravité.

Dernièrement, la même thérapeutique ne m'a pas donné de résultat chez un malade atteint de tétanos, consécutif à une plaie de l'avant-bras. Six jours après l'accident étaient apparues les convulsions et les contractures, localisées aux membres tout d'abord, généralisées dans la suite. La température était de 39°. Le chloral, le bromure n'arrêtaient pas la marche croissante des accidents.

Le traitement de Baccelli fut institué au bout de huit jours, peut-être trop tardivement. La température parut bien s'abaisser, mais le malade n'en mourut pas moins quelques jours après. Ce cas était plus grave que le premier. Les crises convulsives étaient plus fréquentes.

La méthode des injections d'acide phénique n'est donc pas infaillible, quoiqu'elle présente des avantages.

M. Guinard. Les réserves de MM. Delore et Pic, au sujet de l'efficacité du traitement de Baccelli sont fondées. Au sujet de l'emploi du sérum antitétanique, on avait représenté cet agent comme ayant produit des effets curatifs dans maintes observations. On sait actuellement que son pouvoir est préventif, non curatif.

L'action des remèdes contre le tétanos est d'autant plus efficace que l'application est plus précoce.

M. Pic. Jamais, d'après l'opinion de M. Courmont, le sérum antitétanique n'a entraîné la guérison d'un tétanos confirmé. Chez le dernier malade, auquel je faisais allusion précédemment, le sérum a été inefficace.

M. Chambard-Hénon. Les cas légers guérissent avec tous les traitements.

Le Secrétaire adjoint, X. Delore fils.

Société de Chirurgie de Lyon.

Séance du 28 juin. — Présidence de M. Fochier.

CLOU EN FER DE 53 MILLIMÈTRES AYANT SÉJOURNÉ DEUX MOIS DANS LA TRACHÉE D'UN ENFANT DE 20 MOIS ; RÉVÉLATION PAR LA RADIOGRAPHIE ; EXTRACTION PAR LA TRACHÉOTOMIE ET L'APPROCHE D'UN AIMANT.

M. Goullioud montre le clou déjà présenté la veille à la Société des sciences médicales par M. Garel. L'enfant eut au moment de l'accident des phénomènes cyaniques, on le suspendit par les pieds sans résultat. Il continua à manger, à respirer passablement, mais en même temps à maigrir. L'histoire du clou était déjà un peu regardée comme une fable, lorsque le malade fut présenté à M. Garel qui fit faire la radiographie et constata nettement l'existence du corps étranger. M. Goullioud pratiqua la trachéotomie, et M. Ga-

rel eut à peine approché des lèvres de l'incision un aimant de M. Dor, destiné à l'extraction des corps étrangers ferrugineux de l'œil, que le clou sauta sur l'aimant.

LUXATION ILIAQUE DE LA HANCHE DATANT DE QUATRE MOIS ; RÉDUCTION SOUS ANESTHÉSIE.

M. GOULLIOUD présente la malade pour le traitement de laquelle il pria M. Nové-Josserand de l'assister. La luxation put être réduite en utilisant surtout la manœuvre d'abduction forcée que Lorenz emploie pour la réduction des luxations congénitales. Mise dans une gouttière de Bonnet ; après trois semaines on constate que la luxation s'est reproduite. Nouvelle réduction suivie d'immobilisation plus exacte et plus prolongée. La malade marche déjà bien et recouvrera sans doute l'intégrité des fonctions du membre.

M. OLLIER pense que le pronostic des luxations de la hanche a été trop assombri, on peut les réduire souvent passé le délai de six à huit semaines qu'on a donné comme limite. De plus, même en cas d'irréductibilité le pronostic est relativement bénin. M. Ollier, sauf les cas où la tête comprime douloureusement des organes, est tout à fait opposé aux repositions par arthrotomie et aux résections de la tête luxée. Les chances d'infection de la vaste plaie opératoire sont trop grandes.

M. VALLAS est également opposé à la réduction sanglante ; le chirurgien, après les incisions faites, est obligé de diriger et de pratiquer lui-même la réduction, ce qui l'expose à s'infecter les mains et à souiller le champ opératoire.

Si on ne peut obtenir la réduction complète, il faut se contenter d'une pseudo-réduction en mettant le membre dans une position plus favorable à la marche.

M. DURAND rapporte deux faits à l'appui des théories soutenues par MM. Ollier et Vallas. Il s'agissait dans les deux cas de luxations obturatrices avec gêne fonctionnelle notable. Dans les deux cas on put ramener la luxation au type ischiatique et le résultat fonctionnel fut bon.

M. OLLIER indique que l'emploi préalable de bains, de massages peuvent préparer et assouplir les muscles et permettre une réduction plus facile.

APPARENCE DE RÉDUCTION PAR LE MASSAGE DES RÉTRO-VERSIONS UTÉRINES AVEC ADHÉRENCES.

M. FOCHIER rapporte l'observation d'une jeune femme qui avait eu une rétroversion à la suite d'accidents infectieux post-abortifs. Elle suivit d'abord un traitement par le mas-

sage et la columnisation du bassin, sans grand avantage. Cependant l'utérus avait été assez mobilisé pour pouvoir être amené avec la sonde utérine au contact de la paroi abdominale.

Les douleurs persistant, M. Fochier dut pratiquer une laparotomie, constata la disparition complète du Douglas par accolement des deux parois, détacha les adhérences et refit le cul-de-sac. La malade, opérée il y a 16 jours, va bien, mais son avenir reste incertain.

Ce fait démontre clairement que le massage n'a eu aucune action sur la symphyse utérine et qu'il a un peu mobilisé l'organe et les annexes, sans rien changer à la rétroversion.

M. Ollier félicite M. Fochier de ne pas donner trop de créance aux merveilles que l'on prête au massage.

M. Goullioud pense que dans les rétro-versions avec adhérences, les douleurs tiennent moins à la situation de l'utérus qu'aux douleurs annexielles. Il ne croit pas que le massage arrive à tout restaurer, mais il peut améliorer les malades, en mobilisant et décongestionnant les annexes.

ÉLECTION DE NOUVEAUX MEMBRES.

MM. Claudot et Martel sont nommés à l'unanimité membres titulaires.

M. Sévéranu (de Bucharest) est nommé à l'unanimité membre correspondant.

REVUE DES LIVRES

Chirurgie du rein et de l'uretère,

par le docteur Rochet, chirurgien de l'Antiquaille. Stenheil, éditeur.

M. Rochet poursuit la série de ses travaux sur les maladies des voies urinaires. Le volume qui vient de paraître fait suite à la *Chirurgie de l'urètre, de la vessie et de la prostate*, paru en 1895, et forme ainsi un ouvrage complet. Le *Traité de la dysurie sénile*, publié en 1898, constitue d'autre part une étude originale et approfondie de l'affection urinaire la plus fréquente, de celle qui exerce le plus la patience du malade et la sagacité du chirurgien.

Tous ces ouvrages de M. Rochet se caractérisent, en dehors de la compétence et de l'esprit judicieux de leur auteur, par

un ordre parfait et une remarquable clarté d'exposition. La clarté était plus nécessaire encore dans ce dernier ouvrage. Lorsqu'il s'agit en effet de rétrécis, de calculeux ou de prostatiques, le terrain est connu, les faits nombreux et, sauf peut-être en ce qui concerne la chirurgie prostatique, la conduite à tenir est bien réglée ; cela permet à la fois d'être clair et d'être bref. Mais pour le rein et surtout pour l'uretère, les méthodes d'exploration et d'intervention sont plus récentes, les points en litige plus nombreux, et cela explique que le second volume de M. Rochet, tout en traitant un sujet en apparence moins vaste, ait 80 pages de plus que le premier.

Après un exposé de l'anatomie chirurgicale du rein, l'auteur aborde la série des opérations qui lui sont applicables : néphrotomie, néphrectomie, néphropexie, les traumatismes, inflammations, tumeurs, déplacements, etc.

Une marche analogue est suivie pour l'uretère : anatomie chirurgicale, médecine opératoire ; greffes de l'uretère sur la vessie, le bassinet, l'intestin, la peau ; traumatismes, calculs, fistules, rétrécissements, etc. Nous citerons comme particulièrement intéressant tout ce qui se rattache aux opérations conservatrices dans le traitement des hydronéphroses, à la suture, au cathétérisme des uretères. Des planches bien faites et en nombre suffisant aident encore à la compréhension du texte.

M. Rochet a donc bien réalisé le programme qu'il expose dans sa préface. Ce livre s'adresse « aux élèves soucieux de s'instruire et aussi aux chirurgiens praticiens un peu éloignés des grands centres hospitaliers et d'enseignement, désireux de trouver un renseignement rapide sur des opérations spéciales, peu détaillées dans les grands traités généraux, et de prendre une vue d'ensemble sur les moyens tout nouveaux dont la chirurgie moderne s'est enrichie ».

La renommée de l'Antiquaille a eu pour fondement les remarquables travaux de dermatologie et de syphiligraphie qui en sont sortis. Le champ de la syphilis est toujours vaste, mais ce qu'on peut le mieux en étudier à l'Antiquaille, la période primitive et secondaire, est déjà bien connue. La période tertiaire est une source toujours féconde de recherche, mais elle est mieux représentée dans les services de

médecine et de chirurgie que dans les services spéciaux.

Quant aux affections cutanées, sujet vaste, intéressant et toujours actuel, on peut regretter que, surtout en dehors des espèces communes, elles ne soient pas plus nombreuses. Les services de la clinique en ont détourné une bonne part, et les lits sont occupés par plus de syphilis et de blennorhagies que de dermatoses.

On comprend donc que M. Rochet ait orienté ses travaux vers la chirurgie des voies urinaires, cela nous donne dès à présent un chirurgien très expert en ces questions, nous vaut trois bons livres et la promesse d'éditions et de publications nouvelles. P. AUBERT.

REVUE DES JOURNAUX

I. **Action du salicylate de soude sur la nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire.** — II. **Action des purgatifs sur la nutrition,** par Henri MORRIGNE. — L'auteur a expérimenté sur lui-même, en se mettant en état d'*équilibre nutritif*, c'est-à-dire en adoptant un régime alimentaire simple, parfaitement réglé, commençant l'expérience le troisième jour. Exercice corporel le même, autant que possible.

I. Sur un organisme normal, le *salicylate de soude* agit : 1° En diminuant légèrement le quantum de l'urine ; 2° et 3° En augmentant la matière colorante et l'acidité ; 4° En augmentant l'acide urique de plus de 50 p. 100 ; 5° L'invariabilité du soufre complètement oxydé prouve que les oxydations intraorganiques ne subissent pas d'action retardante ; 6° L'intensité — le degré de perfection — des phénomènes de régression (d'hydrolyse) des protéiques n'est pas diminuée ; 7° Les variations de l'azote uréique, de l'azote total sont très faibles... ; 8° Sécrétion biliaire (eau et matériaux solides) augmentée ; 9° Acide phosphorique augmenté ; 10° Matières fixes de l'urine augmentées sans compter l'acide salicylique ; 11° Bien que les matières fixes soient plus abondamment éliminées, l'acide salicylique n'est pas un désassimilateur aussi puissant qu'on le croit ; 12° et 13° L'action désassimilatrice du salicylate de soude vient de son action sur la fonction biliaire qu'il suractive, et cependant il ne diminue ni

les phénomènes d'oxydation, ni l'hydrolyse intraorganique; 14° Il suractive l'organe principal de la réaction défensive qu'est le foie, il suractive la fonction biliaire, la bile en devient plus antifermentescible; il suractive le foie comme destructeur des poisons.

II. Expérience encore faite par l'auteur sur lui-même après s'être mis en état d'*équilibre nutritif;* le purgatif choisi a été l'association de 0,25 d'aloës et de 0,02 de podophyllin; effet purgatif appréciable la deuxième partie de la journée. L'action produite se traduit par une suractivité générale dans les phénomènes de désassimilation, par l'augmentation des oxydations, par l'augmentation en valeur absolue des matières organiques urinaires. Si les matières minérales de l'urine diminuent, c'est qu'il y a une élimination activée de matières minérales par l'intestin. L'expérimentation justifie les nombreuses applications thérapeutiques du purgatif. (*Archiv. méd. expérim.*, mai et juillet.)

La glycosurie des vagabonds, par G. Hoppe-Seyler — L'auteur a observé une dizaine de cas de glycosurie chez des chemineaux qui n'était pas de la glycosurie alimentaire, mais un trouble passager de l'assimilation des hydrates de carbone.

1er cas : Gantier âgé de 34 ans, sujet à des troubles digestifs depuis dix-neuf ans avec hématémèses; tout effort considérable provoque des battements de cœur. La veille de l'entrée a fait 55 kilomètres et a beaucoup marché les jours précédents, ne se nourrissant que de pain et de pommes de terre. A l'entrée, plaies aux pieds, léger œdème des jambes, augmentation de la matité cardiaque, foie gros et dur; dans l'urine 0,7 °/o de sucre, pas d'albumine, pas d'indican. Le lendemain la glycosurie a disparu malgré le régime ordinaire de l'hôpital. Trois jours après, 100 grammes de sucre de raisin ne provoquent pas de glycosurie alimentaire. La quantité d'urine varie de 1.100 à 2.200, la densité de 1012 à 1023.

2e cas : Tailleur âgé de 37 ans. Dans les antécédents, fièvre typhoïde, diphtérie, accès épileptiformes. Pendant quelques jours soif intense, amaigrissement, constipation, douleurs dans le ventre et la poitrine; les derniers temps a fait des

marches prolongées avec une nourriture surtout végétale. Pas de convulsions ces derniers temps. A l'entrée, augmentation du volume du cœur et du foie, météorisme abdominal, 0,5 °/₀ de sucre dans l'urine. Le lendemain, disparition du sucre mais apparition de l'indoxyl ; pas d'albumine. Huit jours après l'entrée, 200 grammes de sucre de raisin pris à jeun font apparaître dans l'urine émise une demi-heure après des traces de sucre qui disparaît ensuite.

3ᵉ cas : Ouvrier de 44 ans. Dans les antécédents, alcoolisme, blennorragie, traumatisme au genou; vagabond. Entré pour une douleur au genou, présente 38°, de l'hydarthrose, l'emphysème pulmonaire, une légère dilatation du cœur ; le foie déborde les fausses côtes dans la ligne mamelonnaire de 7 centimètres. Dans l'urine, 0,5 °/₀ de sucre, beaucoup d'indican, pas d'albumine. Pas de glycosurie le lendemain, pas de glycosurie alimentaire trois jours plus tard. Rentre de nouveau à l'hôpital quelque temps après : pas de glycosurie.

4ᵉ cas : Ouvrier de 21 ans, alcoolique, a beaucoup voyagé à pied depuis quinze jours en se nourrissant mal. A l'entrée, emphysème et bronchite, légère dilatation du cœur, souffle systolique à la pointe et dans le deuxième espace intercostal gauche. Météorisme, constipation, gros foie, légère dilatation de l'estomac. L'urine contient 0,2 à 0,3 °/₀ de sucre et un peu d'indican. Le lendemain la glycosurie disparaît et, deux jours plus tard, la recherche de glycosurie alimentaire reste négative. Le cathétérisme de l'estomac montre qu'il n'y a pas de rétention gastrique.

5ᵉ cas : Marin de 43 ans, alcoolique, ancien paludéen, a eu la fièvre jaune et une pleurésie avec épanchement. Depuis trois à quatre semaines, soif et faim exagérées, polyurie, perte des forces. Entre à la suite d'un voyage à pied avec de l'œdème des jambes. Matité à la base gauche du poumon, dilatation légère du cœur, souffle systolique à la pointe. Foie et rate augmentés de volume. Dans l'urine 3 1/2 °/₀ de sucre (112 gr. par jour), peu d'indican. Quantité d'urine 3.200 cc., densité 1008. Malgré le régime ordinaire, le sucre disparaît au bout de trois jours. Cinq mois plus tard, nouveau séjour à l'hôpital ; pas de sucre dans les urines. Trois mois plus tard, nouvelle entrée à l'hôpital ; pas de sucre.

Dans cinq autres cas, pas plus que dans les précédents, il n'y a pas de signes de troubles bulbaires. Il ne s'agit pas non plus de glycosurie latente, de sorte qu'il faut admettre dans ces cas la glycosurie des vagabonds due à des troubles digestifs, hépatiques, pancréatiques, ainsi qu'à des troubles de nutrition. (*Münch mediz. Woch*, 17 avril 1900.)

Influence des modifications expérimentales de l'organisme sur la consommation du glycose, par Charrin et Guillemonat. — Le lapin hypodermisé plusieurs mois avec une solution minéralisée (sulfate sod. 35, phosphate sod. 25, chlorure sod. 10 : 1000) devient un *alcalin* par rapport au lapin hypodermisé aussi longtemps avec une solution acide (acides oxal., lact., cit. de chaque 1 gr. 200), lequel devient un *acide*. Le premier lapin oxyde plus, urine plus, a le sérum plus alcalin, plus bactéricide, résiste plus à l'infection, active plus ses échanges, élabore mieux, utilise plus complètement les hydrates de carbone; spécialement une solution de glycose injectée dans la peau élimine plus rapidement le sucre si la proportion en est considérable. Chez l'acidifié se produit, en somme, la dyscrasie telle qu'on l'observe dans le diabète, l'arthritis, le rachitis. (*Ac. sc.*, 9 juillet.)

Étiologie et pathogénie du rachitisme, par Terral. — Le rachitis n'est pas de nature syphilitique, mais son arrivée, son développement sont tout particulièrement favorisés par la syphilis. Un défaut de sels calcaires n'a rien à faire dans la pathogénie; des troubles digestifs précèdent le plus ordinairement son apparition. L'os rachitique est un os enflammé; cette ostéite paraît être infectieuse; l'infection a probablement son origine dans le tube digestif. (Thèse de Paris, n° 350.)

Recherche des bacilles de Koch dans les selles et dans l'urine. — M. Strassburger recommande d'additionner les selles et les urines d'alcool, ce qui a pour effet de diminuer le poids spécifique du liquide et de faciliter le dépôt des bacilles pendant la centrifugation. (*Münch. med. Woch.*, avril 1900.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

SUR L'ECZÉMA.

Les météréologistes, gens prudents, par esprit scientifique et aussi par expérience acquise, après avoir consulté les enregistreurs les plus exacts, mettent toujours en tête de leur pronostic du temps : *probable*, et à la suite *beau* ou *pluvieux*, selon l'occurrence.

Les dermatologistes, qu'ils se basent sur la clinique ou bien sur les cultures et le microscope qui sont leurs instruments de précision, sont tenus à la même réserve lorsqu'ils parlent de l'eczéma et de beaucoup d'autres choses.

Lorsqu'on voit un eczéma avec sa surface plus ou moins irrégulière, chaude et humide, exposée à tous les contacts, on ne peut, dans l'état actuel de la science et des esprits, se défendre de l'idée que les parasites doivent y jouer un rôle, peut-être de création, et tout au moins de complication. La question préoccupe depuis longtemps les dermatologistes, et elle est arrivée à un point suffisant de progrès et d'étude pour avoir été mise à l'ordre du jour et avoir été l'objet d'une série de rapports à la section de dermatologie du Congrès international de médecine.

Pour Unna (Hambourg) il n'y a pas de doute, l'eczéma est une maladie contagieuse, même parfois épidémique ; la variété de ses formes tient à la multiplicité des espèces microbiennes qui jouent un rôle dans sa production. Déterminer ces espèces, préciser leur rôle est donc le plus sûr moyen d'arriver à la solution de la question. Jadassohn (Berne) admet qu'il y a des efflorescences où l'on ne peut trouver de microorganismes, mais que le plus souvent on en trouve et que ces germes doivent avoir une action pathogénique. Galloway (Londres) admet que plusieurs facteurs entrent en jeu et que, à côté des microbes dont l'influence nocive lui paraît certaine, il faut tenir compte soit d'une prédisposition de la peau, soit de conditions générales au nombre desquelles les troubles digestifs jouent un rôle important. Brocq et Veillon (Paris) ont insisté sur ce fait important que la vésicule initiale jeune et non ouverte ne contient aucun

microbe décelable par le microscope ou les cultures. La flore microbienne abondante et variée qui survient plus tard est une flore adventice qui n'est nullement la cause première de l'affection.

Dans la discussion qui a suivi et à laquelle Brocq, Kaposi, Unna, Audry, Sabouraud, etc., ont pris part, il y a lieu de relever surtout les affirmations de Sabouraud basées sur de nombreuses préparations microscopiques et établissant que la lésion initiale de l'eczéma est essentiellement dépourvue de microbes, alors que la vésicule de l'impetigo contient toujours des microorganismes.

Morgan Dockrell, à l'aide de nombreuses préparations photographiées, démontre aussi qu'il est impossible de soutenir la théorie de la nature parasitaire de l'eczéma.

La discussion a continué sans ajouter rien de bien essentiel à ce que nous venons d'exposer, sans que l'entente ait semblé parfaite sur ce qu'il faut entendre par eczéma. De tout cela peut-on conclure quelque chose ? oui, sans doute, en imitant la prudence des pronostiqueurs du temps.

Un premier point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que l'eczéma n'est pas une unité, mais un groupe d'affections diverses. Un second point sur lequel l'école française est également d'accord, c'est que l'eczéma vrai est amicrobien à son origine, que les microbes y interviennent à titre de complication, et que les lésions où les microbes existent dès l'origine et sont cause de la maladie sont des affections eczématiformes et non de vrais eczémas. Pour l'école française, l'eczéma n'étant ni microbien ni contagieux, dérive d'une prédisposition locale de la peau et surtout d'une cause externe.

Quelle est cette cause ? la question n'a pas été abordée au Congrès, mais le dernier numéro des *Annales de dermatologie* contient un long article du professeur Tommasoli (de Parme) qui, craignant de voir les dermatologistes se fourvoyer dans les *morocoques* et les staphylocoques, soutient énergiquement la théorie alloxurique de l'eczéma et nous ramène, en les rajeunissant, aux vieilles théories de l'arthritisme.

P. Aubert.

VARIÉTÉS

VOYAGES D'ÉTUDES AUX EAUX MINÉRALES. — L'année dernière, le docteur Carron de la Carrière avait organisé un voyage d'études dans les principales stations d'eaux minérales du centre de la France. Le professeur Landouzy avait bien voulu se charger de la direction scientifique de ce voyage ; dans chaque station il faisait une conférence sur l'action thérapeutique et les indications de chaque source.

Les résultats ont été très satisfaisants. Aussi le docteur Carron de la Carrière n'a-t-il pas hésité à organiser un nouveau voyage vers les stations su sud-ouest de notre pays.

Luchon est choisi comme point de départ et Arcachon comme point d'arrivée. Le voyage comprend les stations de Luchon, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Bagnères, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Christian, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye, Dax, Arcachon.

Nous ne saurions trop engager nos confrères, pouvant disposer du temps nécessaire, à se joindre à ces caravanes d'études balnéaires. Ce mode d'enseignement pratique est le seul qui permette au médecin de se rendre compte des ressources thérapeutiques d'une station balnéaire, de connaître la localité où il envoie ses malades, le mode de traitement usité dans chaque établissement, les installations, les distractions, etc.

Pour s'inscrire, envoyer son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris.

MÉDECINE LÉGALE ET MATIÈRES FÉCALES. — La faible distance qui sépare le méat urinaire et l'anus permet de reconnaître si des matières fécales fraîchement rendues et trouvées sur le lieu d'un crime appartiennent à un homme ou à une femme ; dans ce dernier cas, en effet, l'urine doit arroser les excréments ou en être très rapprochée.

LA TEMPÉRATURE DE BÉBÉ. — Bébé est malade; sa mère présente à son médecin un thermomètre marquant 40° ; notre confrère, par une secousse suffisante, le fait descendre à 37°, l'introduit dans l'anus de l'enfant, le retire après trois minutes. Bébé a 39°. — Aussitôt secoué, mais moins énergiquement que tout à l'heure, l'instrument s'arrête à 38° ; une seconde secousse est nécessaire pour le ramener à 37°, et Madame X... de soupirer : « Oh ! comme elle tient, la fièvre de Bébé. Elle est donc bien grave, docteur !! »

MOT DE LA FIN. — Entre chasseurs :

On parle de l'odorat des chiens.

— J'en ai un, dit A..., qui vaut tous les vôtres.

— Il est bien remarquable alors ?

— S'il l'est ! Avant-hier, je quitte la maison; il rompt sa chaîne et retrouve ma trace au bout de deux heures ! que pensez-vous de cela ?

— Je crois que vous devriez prendre un bain.

MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Août	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
5	746	9	745	24	+22.0	13	+10.8	5	64	47	0.0	5.7	26
6	745	0	743	16	+26.7	14	+12.0	6	83	52	0.8	3.6	25
7	743	0	740	15	+31.2	13	+13.2	4	98	50	0.0	4.2	16
8	750	24	744	13	+24.4	14	+13.7	6	96	53	45.6	2.6	18
9	750	0	748	18	+25.0	15	+ 9.7	6	76	48	0.0	3.6	14
10	753	24	749	0	+25.8	14	+13.0	6	83	46	0.0	3.2	23
11	755	23	753	0	+21.3	14	+ 9.8	6	78	47	0.0	3.9	16

Maladies régnantes. — Amélioration sensible de l'état sanitaire. Diminution du nombre des malades, diminution surtout du nombre des décès qui tombe à 138, tandis qu'il était de 181 la semaine précédente et de 194 dans la période correspondante de l'année 1899.

Le Bureau d'hygiène a reçu 8 déclarations de fièvre typhoïde : 2 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIe, 3 dans le IIIe, 1 dans le Ve.

Sept déclarations de scarlatine : 4 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIIe, 1 dans le IVe.

Huit de petite vérole : 5 dans le IIe, 3 dans le Ve.

Il y a un peu plus de petites véroles que la semaine précédente : 8 au lieu de 5 ; mais il y a lieu d'espérer que cette légère recrudescence ne sera qu'un accident passager, et n'empêchera pas l'épidémie de reprendre la marche régressive que nous avons eu à signaler ces temps derniers.

Les phtisiques ont fourni cette semaine un contingent mortuaire important : 37 décès.

La diarrhée infantile a fait moins de victimes : 15 au lieu de 44.

Les affections des voies digestives, les gastro-entérites, continuent cependant d'être nombreuses, non seulement chez les enfants, mais encore chez les adultes. Il est vrai que chez ces derniers elles sont généralement peu graves et guérissent rapidement.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 11 août 1900 on a constaté 138 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Broncho-pneumonie	3	Affections des reins.	8
Variole	0	Pneumonie........	1	— cancéreuses..	8
Rougeole	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales.	2
Scarlatine.	0	Phtisie pulmonaire.	37	Débilité congénitale	5
Erysipèle..........	0	Autres tuberculoses	2	Causes accidentelles	5
Diphtérie-croup ...	0	Méningite aiguë...	7	Aut. causes de décès	8
Coqueluche........	0	Mal. cérébro-spinales	11	Causes inconnues ..	4
Affect. puerpérales.	0	Diarrhée infantile..	15		
Dysenterie	1	Entérite (au-dessus 2 ans)	3	Naissances	177
Bronchite aiguë....	2	Maladies du foie...	1	Mort-nés........	12
Catarrhe pulmonaire	2	Affections du cœur.	10	Décès...........	138

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

EXCLUSION DE L'INTESTIN.

Par M. Jaboulay.

Abandonner dans l'abdomen une anse d'intestin grêle ou une portion du gros intestin en la fermant avec soin à ses deux bouts, est une opération qui n'est pas sans danger ; elle s'appelle l'exclusion totale. Il n'en est pas de même si l'on ne ferme qu'une seule extrémité en laissant l'autre ouverte et communiquant avec l'extérieur, soit directement par abouchement externe, soit par continuité avec le reste de l'intestin. Cette deuxième intervention, l'exclusion partielle, l'exclusion unilatérale, est rationnelle et peut être employée chez l'homme pour le cancer, la tuberculose, des fistules pyostercorales, des rétrécissements, etc.

L'exclusion totale est dangereuse si l'oblitération reste parfaite, parce que l'anse gonfle soit avec ses produits naturels de sécrétion, soit avec les exsudats du cancer ou de la tuberculose, soit par infection, et qu'il en résulte tôt ou tard une perforation ; heureusement, cette perforation peut se faire dans une portion voisine d'intestin ou à l'extérieur, et ramener ainsi à l'exclusion partielle l'ancienne exclusion totale. Il suffit, d'ailleurs, d'avoir fait expérimentalement l'exclusion partielle, comme la pratiquait Thiry qui voulait étudier le suc entérique, pour être convaincu des dangers que présente un cul-de-sac intestinal insuffisamment drainé dès qu'il est infecté. Nous avons fait chez le chien, en 1897, plusieurs de ces anses ; MM. Lépine et Lyonnet (*Revue de Médecine*, 1897, p. 924, expériences avec la toxine typhique) y injectaient des cultures de bacille d'Eberth par l'orifice externe, et l'animal mourait présentant, entre autres particularités, des ulcérations nombreuses dans le fond de l'anse intestinale obturée. Or, il ne faut pas oublier que dans une anse bouchée aux deux bouts la même infection peut se faire par la voie sanguine et devenir d'autant plus grave qu'elle évolue en vase clos. Une anse ou une portion d'intestin ne peut donc être bouchée à ses deux extrémités que si elle communique avec l'extérieur par une fistule.

Mais même dans ce cas, si l'on a en vue de tarir l'issue des matières intestinales par l'orifice anormal, il n'est pas nécessaire de faire plus que l'exclusion unilatérale.

Nous avons eu à opérer, le 31 janvier dernier, un cas de ce genre. Une fistule cæcale, résultant d'une intervention antérieure faite pour la tuberculose de la première portion du gros intestin, laissait passer à peu près toutes les matières fécales depuis le mois de juin 1899 ; en même temps du pus s'écoulait par des pertuis voisins. Après laparotomie médiane, nous avons abouché la fin de l'iléon avec l'S iliaque par une anastomose latérale, et nous avons sectionné l'iléon au delà de l'anastomose et à 10 centimètres du cæcum. Chacun des deux bouts résultant de cette section a été fermé, comme nous le faisons toujours, d'abord par une suture en bourse, qui est ensuite invaginée au moyen de points de Lembert. Jamais plus les matières fécales n'ont passé par l'ancienne fistule ; elles ont été détournées définitivement vers la partie inférieure du gros intestin et ont déterminé des selles régulières, normales, comme si seule la portion du gros intestin, rendue cependant inutile et *exclue* par l'intervention, était superflue. Le pus tuberculeux a continué à s'écouler par les orifices du voisinage de la fistule cæcale pendant que celle-ci était tarie. Il n'y a pas eu de reflux en sens inverse du contenu du gros intestin, et vraiment dans ce cas l'opération de l'exclusion totale, c'est-à-dire d'une autre fermeture du gros intestin au-dessous de l'anastomose, n'aurait pas mieux rempli le but que nous nous proposions ; elle aurait été inutile. On a toujours le loisir de faire l'extirpation du segment intestinal malade et cette oblitération, qui en est un temps nécessaire. M. Bérard a relaté le fait dont nous parlons à la Société de chirurgie de Lyon, le 3 mai, à l'occasion d'un cas de M. G. Gayet.

Ainsi, à notre avis, l'exclusion se réduit dans tous les cas à une anastomose faite au loin de la lésion ou de la fistule, soit latérale, soit par implantation de l'anse voisine du mal, sectionnée à quelques centimètres en amont et fermée avec soin dans les deux bouts qui sont ainsi créés.

Pour les fistules, l'entéro-anastomose latérale seule ne suffirait pas à dériver le cours des matières qui se partageraient inégalement peut-être entre les deux voies, nouvelle

et ancienne, mais entretiendraient quand même l'infirmité.

Mais cette anastomose latérale simple reste l'opération de choix dans les cancers ou les tuberculoses créant l'obstruction et ne s'accompagnant pas de perforations à l'extérieur. Elle vaut mieux alors que l'anastomose par implantation ou que l'anastomose latérale avec section du bout afférent à l'obstacle et fermeture consécutive des deux orifices. Voici pourquoi : l'implantation et l'anastomose latérale avec section intestinale, réalisent entre la portion lésée et créant l'obstruction d'une part, l'orifice bouché, d'autre part, une anse intestinale en exclusion totale, puisqu'elle ne communique plus avec l'extérieur, et nous avons rejeté l'exclusion totale. Pour faire l'un de ces deux procédés, il faut qu'ils ne soient pas exposés à produire cette exclusion ; pour cela, la lésion située en aval ne doit pas créer un rétrécissement infranchissable et occasionnant de la rétention. Telles sont les raisons qui ont guidé notre conduite, par exemple, dans des tuberculoses de l'intestin grêle, avec crises d'obstruction, où nous nous sommes contenté de l'entéro-anastomose latérale. L'un de ces cas est relaté dans la thèse de Bernay : « Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle », Lyon, 1899. Un autre, rapporté par Patel, *Gazette hebdomadaire*, 1er juillet 1900, nous a conduit à exclure environ 50 à 60 centimètres d'anses soudés dans le mésentère. Nous avons rencontré chez deux jeunes femmes une série de rétrécissements moniliformes et infranchissables de la partie initiale du jéjunum. Je propose pour eux une gastro-jéjunostomie dans les deux cas et l'anastomose des deux anses jéjunales, ascendante et descendante, le jéjunum étant anastomosé avec l'estomac en aval des sténoses. Mais nous faisons l'excision du rétrécissement tuberculeux quand elle est possible. M. Patel a présenté une pièce de rétrécissement hypertrophique tuberculeux, extirpé par nous, à la Société des Sciences médicales, décembre 1899. De même, nous avons anastomosé latéralement le côlon transverse et le côlon descendant chez un malade porteur d'un cancer de l'angle gauche du côlon avec rétention. Au contraire, nous avons fait l'implantation de l'iléon dans le côlon ascendant pour un cancer du cæcum qui ne créait pas de troubles de canalisation et que nous nous proposions d'enlever plus tard

si l'état du sujet le permettait (Sargnon, *Lyon Médical*, 1895, p. 453, t. 79). Le bout inférieur de l'iléon fermé et voisin du cæcum aurait été extirpé avec lui.

Si je cite ces diverses opérations, c'est pour montrer que l'exclusion de l'intestin, même *partielle*, n'est pas nécessaire : 1° parce qu'elle peut être remplacée avec avantage par des opérations plus simples, anastomoses diverses, résections primitives ; 2° parce qu'elle peut être réalisée d'une autre façon par l'implantation de l'anse afférente au loin en aval de la lésion.

Donc, quand l'exclusion intestinale est indiquée, nous sommes partisan de l'exclusion unilatérale, qui n'est au fond qu'une implantation à distance, latérale ou terminale. Nous donnons la préférence à l'implantation latérale parce qu'elle nécessite de moindres tiraillements de l'anse que la terminale. Nous avons dit comment nous fermions les bouts d'intestin une fois qu'ils étaient sectionnés. Il nous reste à dire que pour l'anastomose proprement dite nous nous servons d'un bouton spécial. Depuis longtemps nous avions demandé, sans pouvoir l'obtenir des fabricants d'instruments, un bouton dont les deux pièces entreraient par d'étroits orifices dans les portions à anastomoser, à la façon des anciens boutons de manchettes, dans les orifices de celles-ci, par un simple mouvement de torsion, et qui tiendraient d'elles-mêmes sans la fermeture de l'ouverture intestinale par une suture en bourse. Cet appareil a été construit cette année à notre demande par MM. Lumière, qui ont ingénieusement fendu le rebord des deux pièces classiques en un point, sur une longueur de 5 à 6 millimètres, de façon à faire entrer les tuniques stomacales ou intestinales dans cet orifice ; la torsion continue l'introduction du reste du rebord. L'orifice fait à l'intestin est d'environ 1 centimètre de long, il est assez petit pour embrasser exactement le cylindre de la pièce une fois l'introduction opérée ; aussi il tient seul et sans la suture qui est inutile. Il ne reste qu'à faire l'engrènement des deux pièces. Pour que cet engrènement réalise bien le contact des tuniques en tous les points ; il est à signaler qu'une lame passe comme un pont sur l'échancrure du rebord ; elle est fixée d'un côté et peut être soulevée de l'autre, celui où se fait l'entrée des tuniques intestinales

dans l'appareil. Les anastomoses intestinales et gastro-intestiinales atteignent avec cet appareil leur maximum de simplicité et de rapidité.

STÉRILISATION DES SONDES EN GOMME; CRITIQUE, SIMPLIFICATION ET IMPROVISATION DES MOYENS.

Par le docteur Phélip.

J'ai souvent été sollicité à chercher et à faire connaître un moyen de stérilisation des sondes en gomme qui réponde à toutes les exigences, assurant une aseptisation absolue, rapide, presque instantanée, à la portée de tous, utilisable partout et ménageant complètement l'intégrité de l'instrument.

Si l'on veut bien se rappeler les moyens qui ont été proposés dans ce but, on se rendra aisément compte qu'il n'en est aucun qui réalise toutes ces conditions. Bien plus, parmi ceux qui ont été conseillés et ceux qui ont été condamnés, il s'en trouve qui l'ont été à tort. Je n'aurai pas à aller chercher bien loin mes preuves sur ce point. Les lecteurs du *Lyon Médical* ont sans doute pu noter dans le résumé, publié récemment en revue, d'un travail sur la stérilisation des sondes en gomme, plusieurs erreurs allant à l'encontre de faits acquis absolument indiscutables aujourd'hui et particulièrement utiles à relever pour cette étude.

En publiant ces temps derniers l'introduction à mon Guide de l'improvisation des moyens de secours en chirurgie, j'avais annoncé que, entre autres chapitres de mon travail, celui concernant la chirurgie des voies urinaires était prêt et que mon intention était de le faire paraître isolément avant peu. Je suis encouragé à n'en pas différer plus longtemps la publication et à traiter d'abord de l'improvisation des moyens de stérilisation des instruments de cathétérisme, et avant tous et surtout des sondes en gomme, les plus délicats et difficiles à stériliser, par le travail et son résumé auxquels je viens de faire allusion (1). Ce résumé, ajoutant aux imperfections du travail en question, entre autres choses erronées, condamne précisément certain moyen d'aseptisation des sondes en gomme qui, par sa simplicité, peut

(1) Stérilisation des sondes en gomme. (*Lyon Médical*, 2 avril 1899.)

servir dans une improvisation et mérite d'être conservé et recommandé.

Sur cette question de la stérilisation des sondes en gomme, les lecteurs du *Lyon Médical* méritaient mieux que le résumé, parfois inexact et se complétant par des appréciations erronées, d'un travail qui n'apprend rien de nouveau sur cet intéressant sujet, lorsque ses indications sont à l'abri de toute critique, et dont l'auteur n'a pas reconnu à son étude une importance suffisante pour la signer.

J'aurai à faire la critique de ces deux mémoires qui, pour être très courts, n'en sont pas moins susceptibles de quelque portée et capables de desservir mon travail.

Mais avant il me paraît utile de faire ressortir toute l'importance de l'étude de la simplification et de l'improvisation des moyens de stérilisation des sondes en gomme, car cette importance ne s'impose pas complète à première vue.

Cette importance résulte : 1° de la valeur des sondes en gomme ; 2° des avantages, des nécessités de leur stérilisation ; 3° des difficultés, de l'impossibilité même que présente trop souvent l'exécution d'une telle précaution.

Les sondes en gomme peuvent suppléer tout autre instrument du cathétérisme évacuateur, mais dans quelques cas elles ne peuvent être suppléées par aucun. L'ensemble de leur qualité les rend indispensables. Leurs modèles les plus courants doivent être représentés dans l'arsenal le plus modeste. Elles sont d'un usage très fréquent parce que l'accident qu'elles ont à combattre se présente très souvent et qu'elles concilient le mieux le succès et l'innocuité de l'acte opératoire.

Prenons par exemple une des sondes en gomme spéciale à l'hypertrophie prostatique : la sonde à béquille. Elle est certainement la plus répandue des sondes en gomme ; elle s'adresse à la rétention la plus souvent observée et dont le traitement par le cathétérisme est le plus souvent indéfini ; elle peut dans bien des cas servir aux rétentions de tout autre origine, et dans la rétention prostatique elle est très souvent imposée par l'impuissance absolue ou un défaut grave de tout autre instrument de cathétérisme ; instrument souvent de nécessité, instrument de choix, et dans ce dernier cas souvent utilisé comme tel par le praticien avec tous

avantages comme instrument préférable en ses mains à tout autre et parfois aussi par le malade lui-même, sans inconvénients, mais pour l'auto-cathétérisme donnant lieu souvent à de justes appréhensions, et son utilisation comme instrument de choix dépendant moins de ses qualités que de celles de la main qui devra le manier.

Malgré cette réserve légitime, la sonde en gomme à béquille est peut-être encore aujourd'hui la sonde évacuatrice la plus commune.

Sans doute, elle a trouvé un concurrent sérieux dans la sonde de Nélaton. Elle a dû céder à celle-ci, en toute justice, une partie de son terrain d'action. Mais avec les perfectionnements que la sonde en gomme à béquille a subis, les variétés qu'elle a fait naître et les nouveaux modèles de sonde en gomme qui s'en sont inspirés, elle a pu reconquérir sur la sonde de Nélaton une partie du terrain qu'elle avait dû en principe lui abandonner; elle a agrandi son domaine d'un autre côté et sur les limites de ces indications il lui est resté encore un pouvoir qui dépend de la main qui la conduit.

La grande valeur des sondes en gomme, la place importante qu'elles occupent dans l'arsenal chirurgical, l'emploi fréquent qui en est fait, elles le doivent :

1° A leurs divers degrés de fermeté et de souplesse.

Ces deux qualités assurent aux instruments tout à la fois une action plus effective de la main sur leur extrémité de pénétration si souvent mise en défaut dans les sondes de Nélaton par un obstacle insignifiant, et la douceur de leur contact et de leur pression sur les tissus uréthraux et péri-uréthraux toutes les fois que les manœuvres de leur emploi sont régulières. Elles donnent, en outre, la possibilité à leur pointe de s'insinuer dans une certaine limite à travers les obstacles et de trouver spontanément la voie. Elles permettent encore au praticien leur préparation en toutes courbures convenables pour les passages difficiles des régions uréthrales profondes tout en conservant, au besoin, à leur extrémité les qualités de flexibilité utiles à la pénétration. Elles garantissent enfin pendant l'opération, dans le cas d'arrêt contre la prostate, la possibilité de modifier leur position au devant de l'obstacle par le procédé de W. Hey

ou par celui que j'ai imaginé et dont j'ai dit quelques mots dans une précédente étude (1) : procédé dû au soulèvement de la pointe des sondes en gomme arrêtées contre la prostate, par le moyen du doigt introduit dans le rectum et appuyant sur l'instrument par pressions régulières, soutenues, progressives, d'arrière en avant et d'avant en arrière.

2° A leurs diverses formes.

Celles-ci, associées aux qualités précédentes, font des sondes en gomme, les instruments de cathétérisme évacuateurs ne demandant, pour être introduits, d'autres manœuvres que celle d'une simple poussée de la main et les rendent appropriées aux obstructions uréthrales, aux urèthres mal calibrés, rétrécis, bridés, atteints de spasmes, déformés par l'hypertrophie prostatique ou des tumeurs compressives de voisinage, embarrassés par la présence d'un corps étranger venant de la vessie ou du dehors.

3° A leur élasticité.

J'ai mis en jeu une telle propriété dans des sondes nouvelles, en leur donnant une forme spéciale, et parfois j'en ai tiré le plus grand profit (2).

4° A la largeur de leur lumière et de leurs yeux qui en font les meilleurs instruments flexibles pour les lavages vésicaux;

5° A leur résistance à l'usage et à l'action du temps, dans leur spécimen de qualité courante. Aussi n'ont-elles besoin d'être renouvelées que très rarement et les retrouve-t-on en parfait état de conservation après plusieurs années de repos. Ce qui n'est pas le cas des sondes de Nélaton (3).

(1) D'un nouveau moyen de courber sur place l'extrémité des sondes françaises en gomme arrêtée contre la prostate. — De quelques essais, exposés incidemment, de mise instantanée et sans mandrin en courbure fixe des sondes françaises en gomme. (*Lyon Médical*, juil.-octobre 1893.)

(2) Nouvelles sondes en gomme pour grosses prostates. Sondes en gomme à courbure forcée pour grosses prostates. (*Lyon Médical*, mars 1896 ; février 1898.)

(3) Les sondes de Nélaton sont en caoutchouc fondu et coulé. On pourrait les fabriquer avec du caoutchouc en feuille comme certaines sondes pour lavages uréthraux et les sondes de Pezzer. Le caoutchouc en feuille a plus de fermeté ; ainsi en l'utilisant on pourrait diminuer l'épaisseur des parois et augmenter d'autant la largeur de la lumière de l'instrument. Il y aurait encore un autre avantage à utiliser le caoutchouc en feuille : sa durée de conservation beaucoup plus longue.

Les sondes de Nélaton, sous l'action des corps gras qui servent à les enduire pour le cathétérisme comme substances les plus favorables à leur glissement, peuvent en peu de temps augmenter beaucoup de volume et se ramollir au point de ne plus pouvoir être utilisées pour le même malade et d'exiger même leur mise au rebut. En outre, au bout de quelques mois et parfois en un délai très imprévu, même en les maintenant constamment dans les milieux les plus favorables à leur conservation et sans être utilisées, elles perdent leur qualité physique essentielle, leur souplesse, leur élasticité ; elles deviennent cassantes, tout d'abord en un ou plusieurs points, puis en totalité. Si on se sert de tels instruments ainsi défectueux, et il faut parfois y regarder de très près pour y constater une altération de cette nature, même importante, si elle est limitée, on s'expose à les voir se briser dans le canal ; si leur détérioration est trop accusée pour qu'on puisse se permettre de les utiliser, elle peut n'être observée qu'au moment d'en faire usage, elle peut être imprévue et laisser le praticien dans un grand embarras si le cas est très urgent, s'il est dépourvu d'autres modèles de sonde, ne lui laissant d'autres ressources que l'improvisation d'un cathétérisme evacuateur (1).

Les sondes de Nélaton demandent à être fréquemment renouvelées et constamment surveillées au point de vue de leur intégrité. Cette surveillance ne s'adresse pas seulement aux sondes dont on fait un usage quotidien ; elle est dans ce cas facile : elle est habituelle à tout instrument de cathétérisme flexible qu'on n'introduit qu'après s'être assuré de son bon état, ce qui se fait pendant le graissage de l'instrument, et en quelque sorte machinalement. Mais elle doit porter aussi sur les sondes qui font partie d'une réserve, d'une provision. C'est avec elles qu'on est exposé aux mécomptes et aux déboires, au moment d'y puiser, en ne les trouvant plus en état, et leur surveillance est difficile à exercer pour se mettre à l'abri de tout imprévu, car rien ne la rappelle en temps voulu. Certaines précautions leur vaudront une durée sensiblement plus longue avec le maintien

(1) Sondes improvisées d'urgence dans la rétention d'urine. (*Lyon Médical*, 1891.)

de l'intégrité absolue de leur qualité essentielle : l'élasticité. Il faut les leur assurer. Malgré elles, il reste encore nécessaire de vérifier souvent leur état, et cela peu après leur acquisition, car on ne peut jamais d'avance connaître exactement le temps pendant lequel on pourra les retrouver intactes, leur durée étant très variable et l'époque de leur fabrication ne permettant absolument pas de préciser exactement celle où elles perdent leur élasticité, deviennent cassantes et ne peuvent plus servir (1).

Les sondes en gomme, quoique constituant des instruments extrêmement précieux et très répandus, causent souvent de légitimes appréhensions quand il faut les employer. On redoute avec elles les lésions du canal, et elles ne pourront jamais se défendre complètement du reproche de les produire trop souvent, attendu que c'est celle de leurs qualités qui fait leur caractéristique essentielle qui le leur vaut. Mais j'ai hâte de dire qu'il ne faut pas le leur exagérer, car là où elles peuvent le mériter le mieux, l'instrument souvent n'est pas seul en cause, mais surtout la main qui le dirige, et vouloir seul l'incriminer ferait songer à l'argument du mauvais ouvrier qui se plaint de son outil.

Les sondes en gomme sont plus fermes que les sondes en caoutchouc, ce qui leur permet de n'être pas si facilement,

(1) Le caoutchouc paraît s'altérer avec le temps sous l'action de la sécheresse et peut être aussi de la lumière. Les marchands d'objets en caoutchouc conservent leurs provisions dans des caves, des sous-sols. Il y a là une indication qui peut servir au praticien. Je garde tous mes instruments en caoutchouc baignant complètement dans des récipients pleins d'eau et fermés. J'ai pu ainsi défendre des drains, les caoutchoucs du termo-cautère de toutes altérations pendant des années, et j'espère bien que ces mêmes objets resteront intacts longtemps encore, sans que j'aie besoin de les renouveler, après ce temps, en les maintenant dans les mêmes conditions de protection.

Pour les sondes de Nélaton gardées constamment dans un bain d'eau simple ou boriquée j'ai constaté, au point de vue de leur conservation, des résultats très variables et en tout cas une durée beaucoup moindre : après six mois quelques-unes étaient inutilisables, les plus résistantes ont eu une durée de deux ans au maximum, mais elles formaient plutôt l'exception. J'ai dit plus haut que les sondes de Nélaton devaient leur altération plus rapide à leur mode de fabrication et à la qualité de caoutchouc employé ; caoutchouc non en lame mais dissous, fondu et coulé ensuite dans des moules.

si désespérément arrêtées par le moindre obstacle, comme il arrive pour les sondes de Nélaton. Mais elles sont de ce fait plus dangereuses entre des mains maladroites ou inattentives, et même entre des mains habiles et soigneuses elles peuvent produire des effets traumatiques légers mais fâcheux par une longue répétition ; elles donnent lieu souvent à de l'intolérance des organes avec lesquelles elles restent longtemps en contact, ce qui est plus difficile avec les sondes en caoutchouc. Il est vrai que le degré de souplesse extrême auquel on est arrivé à fabriquer les sondes en gomme peut atténuer, dans une certaine limite, quelques-uns de leurs effets traumatiques et irritatifs sur l'urètre, mais non pas les prévenir complètement et toujours sûrement ; il est même certain que des sondes en gomme très flexibles, mieux tolérées du canal dans le cas de mise à demeure, sont parfois, il est bon de le souligner ici, plus dangereuse dans le cathétérisme pour l'intégrité de l'urètre que des spécimens plus rigides, moins déformables, parce que leur pointe se dévie plus facilement et leur rigidité reste encore suffisante pour rendre l'action de la main qui les introduit et les pousse effective et dès lors plus nocive. Donc, quoi qu'on fasse pour leur perfectionnement, les sondes en gomme restant plus rigides que les sondes de Nélaton, pour conserver sur elles leurs qualités essentielles, fondamentales, exposeront davantage aux lésions du canal.

Les sondes en gomme n'ont jamais pu être construites de manière à répondre complètement à ce desideratum, et je ne sais pas trop comment elles pourront l'être en conservant tous leurs avantages. Mais il est un moyen qui pourra souvent prévenir ou atténuer certaines conséquences fâcheuses de cet inconvénient, c'est de ne les utiliser qu'en parfait état de stérilisation.

Cette précaution est ici d'une nécessité pressante, absolue.

Combien de fois les sondes de Nélaton, parce qu'elles sont incapables de méfaits traumatiques sérieux, ou tout au moins bien apparents, sont-elles utilisées après un semblant d'aseptisation ? Plus que les sondes en caoutchouc, les sondes en gomme demandent une stérilisation rigoureuse. Et s'il est permis parfois de se relâcher dans un tel soin vis-à-vis des premières, on ne le doit jamais vis-à-vis des secondes.

Il n'y a pas de praticien qui ne soit pénétré d'une telle obligation.

Mais la stérilisation des sondes en gomme est souvent pour lui difficile et parfois impossible à assurer avec les moyens en cours dont il dispose, et de ce fait et avec les idées d'asepsie qui l'ont pénétré et dont il est particulièrement séduit et convaincu au sujet du cathétérisme, combien de fois est-il détourné de recourir à de tels instruments et encouragé à leur préférer une sonde de Nélaton insuffisante ou une sonde métallique plus difficile à manier et dont l'actif est encore plus chargé de méfaits, ou même à laisser le malade sans cathétérisme, momentanément au moins, soit qu'il ne dispose pas d'autres instruments d'évacuation, soit que la sonde de Nélaton ne passe pas et qu'il appréhende de se servir de sondes métalliques.

Aussi lorsque le praticien possédera un moyen de stérilisation des sondes en gomme qui réponde à toutes les exigences, non seulement ses sondes en gomme auront leur stérilisation assurée en toutes circonstances et il n'aura plus à craindre qu'elles soient directement par elles-mêmes une source d'accidents infectieux avec leurs conséquences, mais encore et de ce fait il sera fatalement encouragé à faire et fera de tels instruments un emploi plus large, tout en restant rationnel et sage, plus fréquent, plus prompt et tout aussi inoffensif pour l'exploration et assurer son diagnostic, pour l'évacuation de la vessie et le soulagement et la guérison du malade, ne se condamnant plus dans un certain nombre de cas où ils seront la seule ou la meilleure ressource, par crainte d'un instrument non aseptisé et rendu ainsi, parmi les instruments flexibles de cathétérisme, plus dangereux à cause de son action plus effective sur les organes qu'il traverse, au maintien fâcheux du *statu quo*, à l'abstention, à la réserve aggravante ou au choix de sondes ne répondant pas à toutes les indications ou plus difficiles à conduire, et dont les méfaits traumatiques sont plus fréquents (1).

(1) L'élève est généralement mal préparé au cathétérisme avec les instruments rigides et métalliques. On lui aura appris souvent avec grande sollicitude et beaucoup d'art, et il saura pratiquer toute ligature, ampu-

Une telle perspective est faite pour encourager l'étude de la stérilisation des sondes en gomme, de ses perfectionnements, de sa simplification dans les difficultés, l'impossibilité même parfois d'exécution qu'elle présente encore aujourd'hui.

Tout travail sur ce sujet et sur ce dernier point surtout ne passera pas inaperçu du praticien à cause du profit quotidien qu'il pourra en tirer dans l'état d'insuffisance actuelle de la question, et il sera d'autant plus utile aux lecteurs du *Lyon Médical* qu'il rectifiera plusieurs renseignements erronés sur la stérilisation des sondes en gomme qui leur ont été donnés récemment et qui sont des plus fâcheux pour l'utilisation de tels instruments.

On peut relever, dans le résumé auquel je viens de faire plusieurs fois allusion, les assertions suivantes :

1° L'ébullition est une « opération que ne supportent pas les sondes en gomme » ;

2° Pour la stérilisation des sondes en gomme, « si l'on a à sonder un urètre sain, il suffit pratiquement de nettoyer la sonde à l'alcool absolu en la frottant pendant une minute avec un tampon imbibé de ce liquide » ;

3° « L'emploi de l'alcool absolu et de la paraffine sont peut-être suffisants pour désinfecter les sondes ayant été en contact avec des urines infectées, mais pour plus de certitude, aseptisez ces sondes en les laissant séjourner vingt-quatre heures dans une solution de formol à 4 °/₀ » ;

tutation, résection même, qu'il ne fera peut-être pas une seule fois dans sa vie de praticien, mais pour la sonde métallique de trousse, par exemple, dont il peut fréquemment avoir à se servir, on n'aura pas consacré toujours à l'enseignement de sa manœuvre le temps et le soin que l'on donne à l'instruction de celle de la seringue hypodermique. Il ne sera même pas rare qu'il débute dans la pratique sans jamais avoir passé une sonde métallique de trousse ou tout autre sonde rigide.

Les dangers de la sonde de trousse ne viennent pas de sa forme trop générale, de la brièveté de sa courbure et de sa longueur totale réduite, mais plutôt de l'inexpérience de la main qui la conduit. Aussi le praticien mal préparé à s'en servir et sur un terrain toujours délicat, trouve-t-il prudent, et non sans raison, de la tenir à l'écart en maintes occasions, et souvent là où, avec quelque expérience, un peu plus d'assurance, de confiance en son instrument et en lui-même, il pourrait en tirer le plus grand profit.

4° Le docteur Leveu propose de conserver les sondes en gomme stérilisées par un moyen quelconque dans de la paraffine liquide.

Ce sont là des erreurs graves ou des complications inutiles dans la préparation et la conservation aseptique des sondes en gomme. La place ne peut pas être mieux choisie pour les réfuter que ce journal où elles ont été émises et dans la sphère d'influence duquel elles ont pu se propager. Et moins que tout autre il ne m'est possible de les laisser passer, attendu qu'elles vont à l'encontre de mon étude sur l'improvisation des moyens de stérilisation des sondes en gomme, qu'elles lui barrent la route et peuvent enlever tout crédit aux moyens qui s'y trouvent consignés ou les rendre discutables à tout-propos.

Après avoir préparé le terrain sur lequel mon travail doit s'élever, j'entrerai au cœur de mon sujet : la simplification et l'improvisation des moyens de stérilisation des sondes en gomme. Parmi ceux que j'exposerai, il s'en trouvera qui pourront répondre à toutes les exigences.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des Sciences médicales de Lyon.

Séance du 11 juillet 1900. — **Présidence de M. Vallas.**

HÉMIPLÉGIE DROITE CONSÉCUTIVE A UNE BLESSURE DE LA RÉGION CAROTIDIENNE GAUCHE.

M. Kaeppelin, interne des hôpitaux, présente un homme de 44 ans, mineur, entré dans le service de M. Gangolphe le 18 mai.

Le 16, à 11 heures du soir, après avoir fait toute la journée de copieuses libations, il recut accidentellement, presque à bout portant, un coup de fusil de chasse tiré par un de ses compagnons. Il fut atteint au cou, l'hémorragie fut abondante et le blessé perdit bientôt connaissance. En se réveillant le lendemain, à 9 heures du matin, il constatait que les membres du côté droit étaient inertes. Comme il avait bu lorsque l'accident est arrivé, il est difficile de savoir s'il y eut un ictus et à quel moment précis il se produisit.

A l'entrée, on constatait une plaie large, profonde, anfractueuse, suppurant abondamment, située au niveau de la région carotidienne gauche.

L'hémiplégie droite, du côté opposé à la blessure, était totale, mais incomplète. Le membre inférieur pouvait encore exécuter quelques mouvements.

La plaie traitée par les lavages à l'eau oxygénée a rapidement changé d'aspect. Actuellement elle est à peu près cicatrisée. La paralysie a régressé au membre inférieur, mais la marche est très difficile, le malade fauche, le réflexe rotulien est très exagéré à droite, clonus du pied. La paralysie faciale persiste. Le membre supérieur n'a recouvré aucun mouvement.

En somme, blessure du cou à gauche, hémiplégie droite consécutive survenue très rapidement. Tel est le cas de notre malade. S'agit-il d'une forme d'hystéro-traumatisme? M. Gangolphe a cru devoir éliminer ce diagnostic : cet homme n'est pas un névropathe, il ne présente aucun trouble de sensibilité, l'hémiplégie n'a subi aucune modification depuis qu'elle est apparue. Il semble plus rationnel d'admettre une embolie consécutive à une coagulation formée dans la carotide du côté de la blessure.

PLAIE DE LA RÉGION THYRO-HYOÏDIENNE.

M. Piollet présente un homme qui était atteint d'une plaie par instrument tranchant de la région thyro-hyoïdienne dans une tentative de suicide. Le pharynx était ouvert.

M. Gallois, chef de clinique de M. Ollier, sutura aussitôt la muqueuse, en tamponnant les plans sous-jacents. La dyspnée disparut aussitôt, et actuellement dix-huit jours après l'opération cet homme peut être considéré comme guéri.

ÉTAT COMATEUX AVEC CONTRACTURE DE LA NUQUE ET DES QUATRE MEMBRES ; A L'AUTOPSIE, MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DUE AU MÉNINGOCOQUE.

M. Pic présente les pièces d'un malade qui, le matin du 6 juin, était apporté dans son service. Il s'agissait d'un ter-

rassier de 30 à 40 ans, sur lequel on n'avait aucun renseignement; son état était comateux, la perte de connaissance totale; cependant en l'interpellant vivement, il répondait par des grognements inintelligibles.

Les quatre membres, la nuque, étaient contracturés : facies rouge, vultueux, léger ptosis droit, inégalité pupillaire, température 41°,3 le soir. Le malade mourut le 8 juin. Le diagnostic porté avait été septicémie de cause indéterminée, méningite, pneumonie.

A l'autopsie, pneumonie du sommet droit, endocardite ulcéro-végétante, méningite purulente cérébro-spinale, rate augmentée de volume, du poids de 600 gr. avec un infarctus.

Il semblait qu'on eût affaire à une pneumococcie, pneumonie primitive avec localisation endocarditique et méningée. Le microscope infirma cette hypothèse : dans le liquide des méninges, on trouva le diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum ou méningocoque, dans l'endocarde, un microbe qui, morphologiquement, ressemble à celui d'Achalme et Thiroloix, mais dont malheureusement il n'a pas été fait de culture.

Il s'agit en somme d'une ménigite cérébro-spinale due au méningocoque, de la forme foudroyante ou apoplectique de cette affection épidémique, analogue à celle que décrivit Gaillard, d'après un cas qu'il a observé.

Le Secrétaire adjoint, X. DELORE fils.

REVUE DES LIVRES

Des luxations congénitales de la rotule, par le Dr Claudius-Joseph GALLET. Thèse de Lyon, 1900.

L'auteur de cette excellente thèse est arrivé aux conclusions suivantes :

Les luxations congénitales ne sont connues que depuis peu.

Beaucoup de luxations, principalement les luxations récidivantes, considérées comme d'origine traumatique, semblent devoir rentrer dans le cadre des luxations congénitales de l'avis de M. le professeur Poncet.

En effet, le traumatisme, dans certains cas, est trop insignifiant pour être suivi de désordres semblables dans une articulation normale ; dans d'autres, il est simplement soupçonné et on le reporte vaguement dans les premières années de la vie.

Dans la plupart des observations il existe des déformations qui expliquent la prédisposition congénitale à la luxation. Ce sont des déformations osseuses (aplatissement du condyle externe, effacement de la gouttière intercondylienne), ou bien un relâchement ligamenteux.

Elles semblent dépendre d'un arrêt de développement du condyle externe, ou bien d'une lésion articulaire intra-utérine, ou, enfin, peut-être, d'une position anormale du fœtus. Le mécanisme des luxations congénitales est différent, suivant l'une ou l'autre de ces théories.

Les luxations congénitales de la rotule se font, dans la majorité des cas, en dehors. Suivant leur allure clinique, on peut les diviser en :

1° Luxations permanentes.
2° Luxations récidivantes.
3° Luxations habituelles.

Le traitement est variable suivant les cas.

On ne doit agir chirurgicalement que lorsqu'il existe des troubles fonctionnels importants.

On aura recours alors soit aux procédés capsulaires (Ménard, Perkins, Roux, Le Dentu), soit aux procédés osseux (Ridlon, Lucas-Championnière), soit à une combinaison variable, suivant les cas, de ces divers procédés.

REVUE DES JOURNAUX

Glanes de Congrès, in *Bulletin médical.*

Rapport sur l'action thérapeutique de grandes doses d'huile d'olive dans les sténoses organiques et spastiques du pylore et du duodénum (gastrectasie), par Paul COHNHEIM. — Il s'agit de gastrectasie par spasme pylorique, non purement nerveux, mais symptomatique d'une sténose avec cicatrice, d'une fissure, d'un ulcère. L'huile, jusqu'à 250 gr. par jour, préférablement prise avec la sonde, à la tempéra-

ture du corps, en trois fois, agit en résolvant le spasme, diminuant le frottement, relevant la nutrition parce qu'elle est résorbée dans l'intestin grêle. (Page 792.)

Étude expérimentale sur l'action motrice et digestive des intestins, par HEMMETER. — Des particules d'amidon, introduites dans le rectum, peuvent être transportées jusque dans l'estomac. L'acide chlorhydrique, le chlorate de potasse arrêtent ce mouvement qui s'opère probablement au contact même de la muqueuse par action de la *muscularis mucosæ*. — L'extrait aqueux du contenu rectal contient encore du ferment protéolytique et du ferment amylotique. Des mammifères mis, dans le but de stériliser leur côlon, à la diète pendant trois semaines, et de plus recevant des lavements répétés de thymol et de sublimé, présentent encore au bout de ce temps coli-bacille streptocoque, proteus vulgaris. Les microbes paraissent indispensables à la digestion normale. (Page 795.)

Origine de la teinte jaune chlorotique, par BLOCQ. — Celle-ci n'est pas hématique, vasculaire, mais pigmentaire. Comparable, comme celle des cachectiques, au teint des races jaunes, elle est due à des accumulations de pigment. On observe chez les chlorotiques des auréoles et des mamelons très pigmentés, le chloasma de la face et des doigts. L'hémoglobine détruite s'élimine dans la couche muqueuse de Malpighi. (Page 796.)

L'aspergillose, maladie primitive, par Louis RÉNON. — Il s'agit d'une pseudo-tuberculose nécrotique que caractérise l'*aspergillus fumigatus*, commune à l'homme, aux mammifères, aux oiseaux ; chez l'homme atteignant la cornée, la peau, les voies respiratoires, simulant une tuberculose pulmonaire (pouvant coexister avec elle), une gangrène pulmonaire sans fétidité, pouvant déterminer une bronchite pseudo-membraneuse ; y sont prédisposées les personnes maniant des graines. L'aspergillose est relativement fréquente, complètement différenciée, absolument spécifique. (Page 903.)

Séméiologie du caillot et du sérum dans le purpura, par LENOBLE. — Les purpuras hémorragiques se caractéri-

sent par : 1° L'absence de rétractilité du caillot et d'exsudation du sérum ; 2° la diminution des hématoblastes ; 3° la présence de globules rouges à noyau. — M. Appert a vu des purpuras hémorragiques ne présentant pas de vice de coagulation, et d'autre part un caillot peut être non rétractile en dehors de toute tendance hémorragique, ainsi dans la fièvre typhoïde. Le chlorure de calcium, à la dose de 2 gr. dans 24 heures, peut combattre efficacement l'état hémorragipare. (Page 903).

Le refroidissement du cadavre dans certains genres de mort, par Brouardel. — Dans quelques maladies, ainsi la rage, la variole hémorragique, la température augmente considérablement après la mort ; dans d'autres, il y a abaissement thermique au moment de la mort ; mais après, la température remonte. Des fermentations intra-abdominales en doivent être la cause. La date de la mort, basée sur la chaleur du corps, peut donc être erronée. (Page 907.)

Teinture de belladone à très haute dose dans la coqueluche, par Gillet. — Commencer, pour la première année, par un dixième de goutte toutes les trois ou quatre heures, c'est-à-dire quatre fois dans les 24 heures, puis augmenter très lentement jusqu'à atteindre I goutte par mois d'âge avant un an, et X gouttes par année d'âge jusqu'à 8 ans, quatre fois par jour ; diminuer ou suspendre dès qu'arrivent l'agitation, les rougeurs diffuses de tout le corps, de la face, des conjonctives, la mydriase, la sécheresse des muqueuses. (Page 960.)

Traitement des ulcérations athrepsiques et généralement de toutes les plaies atones de l'enfance par les applications externes de sous carbonate de fer, par Saint-Philippe. — Il s'agit de saupoudrer la plaie avec le médicament en nature, puis de recouvrir avec un pansement humide. L'action en est antiseptique et cicatrisante. (Page 960.)

Suppurations de la plèvre chez l'enfant, par Bezy et Bauby. — Sur trois observations avec guérison, celle-ci arriva grâce ou à l'intervention chirurgicale ou à des vomiques libératrices. — Gefrier rappelle le *procédé de Féréol* consistant, pour provoquer et faciliter les vomiques, à renverser la tête. (Page 963.)

Des autointoxications dans les infections des pays chauds, par Crespin. — L'auteur explique par la fragilité du foie, leur gravité, leur fréquence. L'opothérapie hépatique augmente la réaction défensive, améliore surtout les hémorragies et le délire. (Page 908.)

Le traitement des hernies par la méthode sclérogène, par Thomas Noriega. — Au lieu de la solution de chlorure de zinc (Lannelongue) l'auteur se sert de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis. La méthode peut guérir radicalement une hernie inguinale latérale petite ou moyenne, rendre contenable une volumineuse. (Page 971.)

Les expertises rendues nécessaires par les accidents pouvant résulter de l'usage habituel d'aliments ou de boissons dont la conservation a été assurée par des agents chimiques, par Brouardel et Pouchet. — L'ingestion continue de faibles doses de substances étrangères à l'organisme, bien que non toxiques, finissent par troubler profondément cet organisme. Le vin plâtré en est un exemple. La proscription du borax, de l'acide salicylique, du formol, de la saccharine des matières alimentaires a été votée par le Congrès. (Page 974.)

L'élongation des nerfs dans la cure des troubles trophiques : mal perforant, ulcère variqueux, etc., par Chipault. — La technique en comprend deux temps : 1° *élongation* du nerf près du territoire dystrophié; 2° *nettoyage local :* curetage de l'ulcération, abrasion de ses bords, leur suture si possible. (Page 973.)

Traitement des affections nasales et nasopharyngiennes par des applications d'air chaud, par Lermoyez et Mahu. — Il s'agit d'air sec, surchauffé à 80° ou 100°. La séance dure deux minutes, sous le contrôle de la vue (miroir frontal et spéculum), est répétée deux à trois fois par semaine ; 8 à 12 séances sont nécessaires. Les indications en sont : coryza chronique, congestif sans dégénérescence angiomateuse, coryza spasmodique avec éternuments, hydrorrhée nasale, surdité et bourdonnements avec catarrhe naso-pharyngien. Crises du rhume des foins soulagées. Insuccès dans l'ozène, les catarrhes purulents, le lupus, les rhinites hypertrophiques vraies. (Page 975.

La pelade au Congrès. — La discorde est toujours au camp des dermatologistes, lorsqu'ils s'occupent d'elle, de sa contagion. Notre confrère Horand, anticontagionniste convaincu, me paraît triompher. Le rédacteur du *Bulletin médical* rappelle heureusement les instructions sur la prophylaxie de la pelade, que M. Besnier faisait, en 1888, approuver par l'*Académie de médecine :* la pelade ne doit pas entraîner *de plano* l'exclusion d'un enfant d'un lycée, d'une école primaire, si ce n'est dans le cas où le peladique serait devenu le point de départ d'une épidémie. (Page 976.)

Péritonite tuberculeuse expérimentale, essais de traitement, par Pierre Teissier (de Paris). — En 1898, l'auteur avait étudié les injections d'air, d'oxygène et d'azote ; cette fois il a expérimenté celles d'acide carbonique, 400 cc. environ. Plus efficaces que les injections d'oxygène, celles de CO^2 le sont moins que celles d'air, et surtout d'azote, car c'est comme injections d'azote que celles d'air agissent. C'est que : 1° l'azote se résorbe plus lentement ; 2° qu'il limite ou empêche la végétabilité du tubercule. A la laparotomie, comme traitement de la tuberculose péritonéale, doit être substituée la simple ponction évacuatrice, suivie de l'injection d'air stérilisé qui s'oppose à la reproduction du liquide ou la retarde, empêche le contact, le frottement des anses intestinales, limite les adhérences. (Page 979.)

Altérations de la moelle osseuse dans le jeune âge au cours des infections et des intoxications, par Haushalter et Spillmann. — La moelle osseuse est pour le jeune âge un organe de défense dont les fonctions s'atténuent avec l'âge pour reparaître momentanément sous diverses conditions d'infection ou d'intoxication. Aussi pour redevenir un organe de défense doit-elle commencer par reprendre les caractères d'une moelle jeune. (Page 979.)

Troubles physiques et psychiques chez l'homme dans le cocaïnisme expérimental, par Fuster. — Si le professeur Pierret introduit volontiers le facteur *infection* sur le terrain des névroses, des psychoses, c'est pour le facteur *poison* que paraissent être les préférences de l'auteur, parce que, sur lui-même, après s'être injecté ou avoir ingéré de la cocaïne il a constaté mainte phénoménalité rappelant névroses et psychoses. (Page 981.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

PURIFICATION EXTEMPORANÉE DE L'EAU.

Voici quelques extraits des rapports communiqués au *Congrès*, à la *section de médecine et de chirurgie militaires :*

M. Lapasset recommande les appareils de Bordas et Girard, et de *Lapeyrère, au permanganate de potasse ou de chaux*, basés sur les propriétés oxydantes de ces sels de manganèse. On peut neutraliser l'excès de sel employé par l'adjonction de substances diverses : café, sucre, glyzine. Le rapporteur a confiance dans l'avenir du procédé Bergé qui utilise le *peroxyde de chlore*, gaz facile à préparer, soluble dans l'eau en toutes proportions, non toxique, paraissant un stérilisateur énergique. A défaut d'une purification complète, il sera toujours avantageux de clarifier l'eau par un procédé quelconque, puis de la corriger par l'addition d'acide tartrique ou d'acide citrique.

M. Schucking relève le degré de perfection avec lequel les filtres en terre d'infusoires de Berkefeld-Nordtmeyer stérilisent et éclaircissent ; mais ils sont volumineux, fragiles et d'un faible débit ne convenant qu'aux établissements de campagne. Le filtre de détachement (Schwarmfiltre) est par contre facilement transportable, mais il ne stérilise pas, il ne fait que clarifier. Aussi faut-il lui adjoindre un bactéricide et il ne saurait en être de meilleur que le chlorure de chaux (calcium hypochlorosum), lequel anéantit, à une mesure de 8 milligrammes de chlorure pour un litre d'eau, après 30 minutes, à coup sûr, tous les bacilles.

M. Vincent (d'Anvers) est également pour le procédé de Lapeyrère, au permanganate de potasse ; il est suffisamment stérilisateur. Le procédé plus récent de Schümburg est également bon ; il détruit les microbes typhique, cholérique et le coli. Il consiste à additionner l'eau d'une solution bromurée de brome ; l'excès de brome est ensuite détruit par un mélange de sulfite de soude et de carbonate de soude.

En résumé, les procédés Lapeyrère et Schümburg parais-

sent devoir mériter la préférence; ils stérilisent aussi sûrement que l'ébullition, exigent moins de temps. A défaut de ces procédés faire bouillir ou filtrer.

Empruntons au feuilleton de de Parville (*Débats*, 16 août) quelques détails et réflexions sur le *procédé Lapeyrère :*

Voici, d'abord, la composition de la poudre stérilisatrice : Permanganate de potasse 3 gr., alun de soude 10, carbonate de soude cristallisé et pulvérulent 9, chaux de marbre fusionnée 3; total 25 gr., dose moyenne pour 100 litres. L'eau se débarrasse en partie du bicarbonate calcaire, lequel devient carbonate insoluble; l'alumine de l'alun mise, en liberté par le carbonate sodique, diminue la vitalité des microbes qu'oxyde aussitôt et tue le permanganate. L'alumine gélatineuse englobe en même temps et précipite tout ce qui est en suspension. L'acide sulfurique de l'alun forme des sulfates qui restent dissous. On agite pendant deux minutes, laisse reposer cinq minutes. L'eau doit rester rosée ; si elle tourne au brun, ajouter 0,15 (dose minima) par litre.

L'eau rosée, par suite d'excès de permanganate, non buvable, doit être filtrée. Le filtre Lapeyrère, le plus petit, *individuel ou de poche*, a le volume d'un étui à aiguilles ; il peut débiter cependant un litre et demi à l'heure. Au-dessus l'on a les filtres d'escouade, de détachement, de lycée, dont le débit est de 40 à 200 litres à l'heure. Le filtre est un cylindre en métal inoxydable. La matière filtrante est formée de *fibre de tourbe purifiée* ou d'un tissu de laine à longs poils, débarrassé de son suint et saturé d'oxyde brun de manganèse. La tourbe, ordinairement préférée, est très réductrice, d'où formation d'acide ulmique aux dépens de l'oxygène du permanganate ; l'oxyde de manganèse en résultant est retenu par la tourbe, dont le pouvoir désoxydant augmente d'autant. 100 grammes de tourbe peuvent servir deux ans à raison de 50 litres par jour. Si l'eau sort par trop trouble, retirer la tourbe, la laver avec l'eau permanganatée rose, la replacer en tassant modérément.

Remarquons que tous les procédés par stérilisation chimique pèchent par la présence dans l'eau d'une matière plus ou moins étrangère à l'organisme, en conséquence, d'après nous, que l'usage de l'eau ainsi purifiée, s'il est prolongé,

finira par être nuisible à l'organisme. Qu'on lise, dans ce même numéro, p. 596, les quelques lignes consacrées à la communication au Congrès de Brouardel et Pouchet. Aussitôt que possible il importe de revenir à l'ébullition ou au stérilisateur-autoclave.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec la plus vive satisfaction la nomination de M. le professeur Pierret, médecin en chef de l'Asile de Bron, comme chevalier de la Légion d'honneur. — Cette distinction sera applaudie par le corps médical tout entier.

Statistique des membres du congrès a Paris. — France, 2.293. — Russie, 805. — Allemagne, 572. — États-Unis d'Amérique, 412. — Italie, 324. — Grande-Bretagne, 222. — Espagne, 219. — Belgique, 147. — Autriche, 141. — République argentine, 108. — Suisse, 101. — Hongrie, 85. — Pays Tchèques, 84. — Roumanie, 60. — Pays-Bas, 55. — Egypte, 47. — Danemark, 46. — Japon, 43. — Brésil, 41. — Turquie, 39. — Portugal, 35. — Grèce, 33. — Pologne, 30. — Suède, 28. — Bulgarie, 26. — Mexique, 24. — Canada, 20. — Norvège, 18. — Luxembourg, 16. — Serbie, 15. — Croatie, 8. — Pérou, 6. — Australie, 4. — Divers, 63. — Total : 6.170.

L'alcoolisme a la chambre des députés. — Nos honorables trouvant, paraît-il, leur buvette insuffisante, on vient de commencer des travaux d'agrandissement de ce *service*. (*Gaz. des hôp.*).

Sanatorium en papier maché. — Le *Daily Mail* rapporte que dans les environs de Mettey, près de Londres, on vient de construire, pour les convalescents de l'hôpital de cette ville, 45 tentes en papier mâché, qui pourront loger 500 habitants. Ces sortes d'habitations sont, paraît-il, très salubres et seraient surtout recommandées aux malades atteints d'affections tuberculeuses ou des voies respiratoires, l'air qu'elles contiennent n'étant chargé d'aucune humidité. Le sanatorium antituberculeux parfait serait, au dire de certains hygiénistes anglais, le sanatorium en papier mâché.

Opinion d'un villageois sur l'action de la créosote. — Le Dr B... rencontre hier Fr. S... auquel il avait prescrit quelques jours auparavant des capsules créosotées, et, lui trouvant assez mauvaise mine, lui demande des nouvelles de son traitement. — S... lui répond d'un ton indigné et presque menaçant qu'il s'est bien gardé d'absorber la créosote parce qu'il a connu une dame à qui ce médicament *a fait fondre les côtes, et qu'on a dû les lui couper ensuite*... (Il s'agissait sans doute d'une pleurésie purulente et de l'opération de Létiévant). — Et comme le Dr B... cherche à le convaincre de son erreur, notre villageois lui

coupe la parole et s'écrie triomphalement : « Ce qui prouve bien que c'est vrai, *c'est qu'on en met dans les dents pour les faire fondre !* » Et le médecin s'est déclaré vaincu.

Les rongeurs d'ongles. — L'onychophagie est, d'après le docteur Révillon, plus fréquente à Paris qu'en province.

Dans une école communale de Paris, sur 265 élèves examinés, on a trouvé 63 rongeurs d'ongles, soit 1 sur 5. Dans un lycée, la proportion des rongeurs d'ongles est un peu moins élevée. Par contre, des examens portant sur une centaine d'enfants du département de l'Yonne n'ont révélé que 3 rongeurs d'ongles. Dans une école mixte de ce même département, sur 29 garçons, il y a 6 rongeurs d'ongles (20 p. 100) ; sur 21 filles, il y en a 11 (52 p. 100).

Dans un établissement secondaire de jeunes filles, sur 207 élèves, 61 se rongent les ongles (15 des deux mains et les autres les ongles de l'une des deux mains). Une école supérieure de Seine-et-Marne compte 52 élèves de 12 à 17 ans. Sur ce nombre, 16 se rongent les ongles.

Il y a aussi les rongeurs de porte-plume. Cette variété semble plus répandue chez les filles. Dans une école de garçons de Paris, sur 265 élèves on en compte 13 qui mangent le bout de leur porte-plume ; tandis que dans un collège de jeunes filles la proportion s'élève à 59 pour 207.

Une expérience intéressante. — Le conseil municipal de la ville de Nicolaïew (sud de la Russie), dans son règlement pour les cochers de fiacre, a introduit cette nouvelle clause, à savoir, qu'il est défendu aux cocher de se servir du fouet, à titre d'essai pendant trois mois. La « Chronique médicale du gouvernement de Kharkoff », qui rapporte ce fait divers (mai 1900), exprime l'espoir que si l'expérience réussit pour les chevaux, les pédagogues se décideront peut-être d'abandonner le fouet dans l'éducation des enfants. (*Vratch*, n° 8, 1900.)

Clinique pour les alcooliques. — Le ministre des finances en Russie a mis à la disposition de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg une somme de 44.000 roubles pour la construction d'une clinique spéciale pour alcooliques. Cette clinique aura 10 lits et sera sous la direction du professeur Bechterew. (*Arch. russes de pathol.*, 31 mai 1900.)

Mot de la fin. — Entre malades :

— Il faut manger bien peu quand on a mal à l'estomac.

— Oui, mais comment faire ?

— Moi, je me suis guéri en ne me nourrissant que de fromage de Gruyère.

— Ah bah ! Mais c'est trop lourd pour moi !

— Faites comme moi ! je ne mangeais que les trous !



MÉTÉOROLOGIE (Station du Parc).

Août	Pression baromét. réduite à 0				Température				Humidité cent°		Millimètres d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max.	Min.	tombée	évap.	
12	755	8	754	24	+25.0	14	+11.2	7	77	50	0.0	3.7	20
13	754	9	752	18	+25.2	16	+11.4	6	75	45	0.0	4.5	24
14	752	3	748	24	+27.0	16	+12.1	6	75	47	0.0	5.1	23
15	748	0	745	18	+26.8	15	+14.4	5	83	49	0.0	5.4	22
16	745	0	743	12	+26.8	12	+12.2	5	75	58	0.0	4.2	19
17	747	24	744	0	+22.6	15	+15.4	6	85	69	0.2	3.5	27
18	748	24	747	0	+27.4	15	+13.7	6	95	55	0.9	2.2	20

Maladies régnantes. — L'état sanitaire est en ce moment bien meilleur que ne l'était celui de la période correspondante de l'année 1899, mais il est cependant moins satisfaisant que celui de la dernière semaine.

La 33e semaine de 1900 donne 155 décès au lieu des 138 de la 32e semaine et des 188 de la période hebdomadaire du 11 au 17 août 1899.

La fréquence de la fièvre typhoïde a beaucoup augmenté. Du 9 au 15 août il y avait eu 8 fièvres typhoïdes signalées au Bureau d'hygiène; du 16 au 22 août il y en a 27. Le plus grand nombre se trouve dans les quartiers de la rive gauche du Rhône. Le IIIe arrondissement en a pour sa part 21, le VIe 3 et le IIe 4. Le nombre des décès attribués à cette maladie est cette semaine de 4 au lieu de 2 qu'il était la semaine précédente.

Un peu moins de petites véroles, 5 au lieu de 8. Il n'y en a point dans le IVe ni dans le Ve arrondissement; elles se trouvent : 1 dans le Ier arrondissement, 2 dans le IIe, 1 dans le IIIe, 1 dans le VIe.

Encore 7 scarlatines : 2 dans le IIe arrondissement, 1 dans le IIIe, 1 dans le Ve, 3 dans le VIe.

2 diphtéries : l'une dans le IIIe arrondissement et l'autre dans le VIe.

Mortalité de Lyon (population en 1896 : 466.028 habitants). Pendant la semaine finissant le 18 août 1900 on a constaté 155 décès :

Fièvre typhoïde	4	Broncho-pneumonie	3	Affections des reins	3
Variole	0	Pneumonie	5	— cancéreuses	17
Rougeole	0	Pleurésie	1	— chirurgicales	2
Scarlatine	0	Phtisie pulmonaire	29	Débilité congénitale	2
Erysipèle	0	Autres tuberculoses	1	Causes accidentelles	4
Diphtérie-croup	0	Méningite aiguë	3	Aut. causes de décès	6
Coqueluche	1	Mal. cérébro-spinales	13	Causes inconnues	4
Affect. puerpérales	1	Diarrhée infantile	31		
Dysenterie	0	Entérite (au-dessus 2 ans)	2	Naissances	132
Bronchite aiguë	1	Maladies du foie	4	Mort-nés	6
Catarrhe pulmonaire	4	Affections du cœur	14	Décès	155

Le Président du Comité de rédaction, **J. AUDRY.**

Le Gérant, **B. LYONNET.**

Lyon. — Assoc. typog., F. Plan, rue de la Barre, 12.

TABLE DES MATIÈRES

D

R

S

FIN DU TOME QUATRE-VINGT-QUATORZIÈME.